



Dyspraxie et troubles non-verbaux

Faire avec la complexité :
études de cas

NEUROPSYCHOLOGIE

Bruno Gaie
Claire Le Lostec
Michèle Mazeau
Alain Pouhet
Anne-Marie Toninato



Dyspraxie et troubles non-verbaux

Faire avec la complexité : étude de cas

Chez le même éditeur

Du même auteur

Conduite du bilan neuropsychologique chez l'enfant. Michèle Mazeau, 2^e édition, Neuropsychologie, 2013, 304 pages.

Conduite du bilan neuropsychologique chez l'enfant. Michèle Mazeau, 3^e édition, Neuropsychologie, 2014, 368 pages. (À paraître)

L'enfant dyspraxique et les apprentissages. Michèle Mazeau, 1^{re} édition, Neuropsychologie, 2013, 216 pages.

Neuropsychologie et troubles des apprentissages. Michèle Mazeau, 1^{re} édition, Neuropsychologie, 2013, 320 pages.

Neuropsychologie et troubles des apprentissages. Michèle Mazeau, 2^e édition, Neuropsychologie, 2014, 480 pages. (À paraître)

Autres ouvrages

La maladie de Parkinson. Luc Defebvre, Marc Vérin, 2^e édition, Neuropsychologie, 2011, 248 pages.

Prise en charge des troubles du langage écrit chez l'enfant. Séverine Casalis, Gilles Leloup, Françoise Bois Parriaud, 1^{re} édition, Neuropsychologie, 2013, 192 pages.

L'examen neurologique facile. Geraint Fuller, Catherine Masson, John Scott & Co, 1^{re} édition, Neuropsychologie, 2013, 240 pages.

Le syndrome dys-exécutif chez l'enfant et l'adolescent. Alain-Clément Moret, Michèle Mazeau, 1^{re} édition, Neuropsychologie, 2014, 262 pages (À paraître).

Maladie d'Alzheimer et troubles de la communication. Thierry Rousseau, 1^{re} édition, Neuropsychologie, 2011, 176 pages.

Neuropsychologie corporelle, visuelle et gestuelle. Nicole Sève-Ferrieu, 4^e édition, Neuropsychologie, 2014, 320 pages (À paraître).

Dyspraxie et troubles non-verbaux

Faire avec la complexité : étude de cas

Bruno Gaie

Claire Le Lostec

Michèle Mazeau

Alain Pouhet

Anne-Marie Toninato



ELSEVIER
MASSON



Ce logo a pour objet d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, tout particulièrement dans le domaine universitaire, le développement massif du « photo-copillage ». Cette pratique qui s'est généralisée, notamment dans les établissements d'enseignement, provoque une baisse brutale des achats de livres, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que la reproduction et la vente sans autorisation, ainsi que le recel, sont passibles de poursuites. Les demandes d'autorisation de photocopier doivent être adressées à l'éditeur ou au Centre français d'exploitation du droit de copie : 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris. Tél. 01 44 07 47 70.

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays. Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'éditeur est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (art. L. 122-4, L. 122-5 et L. 335-2 du Code de la propriété intellectuelle).

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

ISBN : 978-2-294-73980-4

ISBN *e-book* : 978-2-294-74012-1

LISTE DES COLLABORATEURS

Gaie B., psychologue clinicien et psychothérapeute au service de soins à domicile (SESSAD) de LADAPT-Paris. Sa pratique est plurielle : auprès des enfants, des familles, de l'institution. Dans le souci de ne pas cliver les différents champs théorico-cliniques, sa conception de la psychopathologie de l'enfant intègre les aspects neuropsychologiques et développementaux. Il est également installé comme psychothérapeute libéral.

Le Lostec C., coordinatrice au service de soins à domicile (SESSAD) de LADAPT-Paris. Ergothérapeute de formation, elle assure plusieurs formations concernant les jeunes dyspraxiques et/ou dyscalculiques. Elle est coauteur, avec Michèle Mazeau, de *L'Enfant dyspraxique et les apprentissages : coordonner les actions thérapeutiques et scolaires* (Masson, 2010).

Mazeau M., médecin rééducateur, spécialisée en neuropsychologie infantile. Ces quinze dernières années, elle a travaillé au sein du service de soins à domicile (SESSAD) de LADAPT-Paris. Elle poursuit une activité de formatrice. Elle est auteur et coauteur de plusieurs ouvrages de neuropsychologie infantile édités chez Masson : *Neuropsychologie et troubles des apprentissages* (2005), *Conduite du bilan neuropsychologique chez l'enfant* (2008), *Le Syndrome dys-exécutif chez l'enfant et de l'adolescent* (2013). Site Internet : wix.com/mazeaumichele

Pouhet A., médecin rééducateur. Il a rencontré des enfants cérébrolésés en institution, puis les a suivis dans leurs écoles. Depuis plus de dix ans, il se consacre à la neuropsychologie infantile et anime formations et conférences. Il est actuellement le coordonnateur de SESSAD dédiés aux enfants dys. Il est l'auteur de *S'adapter en classe à tous les élèves dys* (Scérén, 2011) et l'animateur d'un site Internet très visité par les professionnels et des parents : <http://sites.google.com/site/dralainpouhet/>

Toninato A. M., psychologue clinicienne, psychothérapeute, spécialisée en neuropsychologie infantile. Après avoir longtemps travaillé auprès d'enfants dans des structures médico-sociales et sanitaires, elle exerce actuellement en libéral. Elle assure aussi des formations centrées sur l'articulation entre psychopathologie et neuropsychologie. Adresse mail : am.toninato@free.fr

AVANT-PROPOS

De nombreux ouvrages, savants ou pratiques, traitent des troubles spécifiques des apprentissages et des « dys- », de leur diagnostic et/ou de leur prise en charge. Ceux concernant les troubles spécifiques du langage sont certainement les plus nombreux, et les dyslexies sont probablement parmi les troubles les mieux documentés.

Au contraire, les troubles non verbaux, plus récemment mis à jour, plus difficiles à différencier d'un défaut de talent, de motivation ou de travail dans tel ou tel domaine des apprentissages, sont moins bien renseignés, et la bibliographie les concernant est nettement moins volumineuse.

Cependant, plutôt que de concevoir un nouvel ouvrage censé déverser un savoir vertical « idéalisé » décrivant des situations virtuelles mais forcément simplifiées ou théoriques (ouvrage indispensable pour un premier contact avec ces pathologies déroutantes), il nous a paru plus opportun de faire désormais le chemin inverse : *partir du terrain*, afin de faire remonter les difficultés que rencontrent habituellement les cliniciens *en situation réelle*.

Nous avons donc décidé de partir de « cas » cliniques *exemplaires*, d'utiliser la complexité du réel, et ce afin de mettre en scène de façon pragmatique et réaliste les obstacles fréquents, les erreurs récurrentes, les pièges dissimulés qui parasitent fréquemment notre réflexion sur le terrain.

Cependant, il s'est avéré extrêmement difficile de choisir parmi les très nombreux dossiers, les innombrables histoires dont chacun disposait : en effet, chaque enfant, chaque consultation, chaque évaluation, chaque rencontre, chaque situation était unique et riche d'enseignements. Chaque cas clinique nous apparaissait clairement comme une mine irremplaçable d'informations, chaque jeune rencontré nous donnait une nouvelle leçon, mettait en évidence une nouvelle problématique, renvoyait sur nos diagnostics ou nos préconisations des éléments de réflexion irremplaçables.

En effet tous les auteurs de cet ouvrage, outre une pratique hospitalière (passée ou actuelle), travaillent et consultent dans des structures qui organisent le suivi de ces jeunes *dans la durée*, aussi bien en ce qui concerne *leurs rééducations* que *leur scolarité*. C'est ce suivi à long terme (plusieurs années, voire des dizaines d'années) qui génère ces retours si instructifs, si formateurs sur nos diagnostics, nos préconisations thérapeutiques, le succès ou l'échec de telle ou telle stratégie. Seul ce type de travail, à la fois quotidien (ou pluri-hebdomadaire) *et* au long cours, permet de juger des résultats obtenus – ou non –, de leur importance, de leur intérêt, de la valeur que le jeune leur accorde. Il permet aussi de jauger le rapport « investissement » (en temps de rééducation, en adaptations, en stigmatisation, en espoirs) du jeune, de la famille et de l'équipe en regard des

résultats, de conduire une analyse pertinente de nos diagnostics et de nos choix thérapeutiques fondée sur des *feed-back* précis, répétés, consistants.

Nous avons finalement choisi, parmi des enfants présentant tous¹ des troubles développementaux, quelques situations cliniques répondant à deux types de critères :

- *leur fréquence* et/ou leur caractère prototypique, qui permettent de débusquer certains biais de raisonnement courants, ou de questionner certaines décisions « classiques » pouvant s'avérer trop dogmatiques, ou encore de combattre d'apparentes évidences ;
- le fait qu'elles interrogent *différents thèmes*, divers niveaux ou moments de notre relation à nos jeunes patients : repérage et interprétation des troubles, démarche diagnostique, stratégies thérapeutiques.

Il ne s'agit donc *pas du tout* de récits anecdotiques, ni de situations uniques ou rares, mais bien au contraire d'histoires cliniques quasi prototypiques, choisies en raison de leur présentation récurrente en pratique quotidienne. Leur caractère particulièrement exemplaire – au sens étymologique, c'est-à-dire représentatif de toute une classe de problèmes – est exploité ici pour guider le clinicien (médecin, psychologue ou neuropsychologue, rééducateur) dans les méandres et les interrogations soulevés par la complexité du terrain : *commentaires, réflexions et développements explicatifs* permettent au lecteur de reconnaître et d'analyser des erreurs ou des manquements fréquents, de dévoiler des pièges implicites, masqués, dans ces situations habituelles.

Nous avons utilisé cette stratégie pour explorer successivement :

- **Les dysgraphies** (chapitre 1)

Nous avons choisi de traiter ce symptôme en premier lieu car il est souvent mis en avant et quelquefois occupe à lui seul l'entièreté du tableau. Nous en abordons différentes facettes (chez les enfants dits « à haut potentiel », les troubles déficitaires de l'attention, les dyspraxies, etc.) de façon à mieux en cerner la diversité. Cela nous permet d'envisager toutes les interrogations que ce symptôme suscite, les évaluations auxquelles il doit donner lieu, les analyses auxquelles on *doit* se plier : en effet, replacer ce symptôme au cœur d'un diagnostic bien identifié est un impératif incontournable si l'on veut faire au jeune dysgraphique des propositions à la fois réalistes et efficaces.

- **Les pièges de la phase diagnostique** (chapitre 2)

Malgré les préconisations claires qui président (ou devraient présider) au diagnostic de dyspraxie, on se trouve tous un jour confrontés à des hésitations (cet enfant hyperdoué et dysgraphique est-il *vraiment* dyspraxique?), des erreurs (pourquoi cet enfant dyspraxique n'évolue-t-il pas comme prévu, pourquoi semble-t-il ne pas bénéficier des aménagements pourtant bien mis en œuvre?), des jeunes « évidemment » dyspraxiques, ou « évidemment » autistes... et qui pourtant ne le sont pas : comment remonter à la source des signes qui auraient pu (ou dû) nous alerter ?

¹ À l'exception de Tancrède (chapitre 3) et de Clovis (chapitre 5).

- **Les troubles associés** (chapitre 3)

Sur le terrain, les troubles dys-associés sont fréquents et la symptomatologie, brouillonne et complexe, paraît « partir dans tous les sens ».

L'enfant semble déverser devant nous une symptomatologie si riche et si variée que nous ne savons plus comment nous orienter dans ce véritable labyrinthe clinique. Dans ces situations d'emblée très embrouillées, le clinicien se trouve littéralement noyé sous une avalanche de plaintes, de symptômes, et il lui est difficile de trouver le fil qui permettra peu à peu de dénouer la situation, de lui (re)donner sens.

- **Les situations intriquées, entre psy et neuropsych** (chapitre 4)

Où mettre le curseur ? Comment interpréter cet enchevêtrement de symptômes dont il est difficile de savoir si l'un est la cause ou la conséquence de l'autre, ou bien s'il ne s'agit au contraire que d'une juxtaposition de pathologies sans liens évidents ? Surtout, comment réellement prendre en compte et intégrer *l'ensemble* de ces difficultés – comportementales, relationnelles et cognitives – dans le projet proposé au jeune ?

- **Le champ thérapeutique** (chapitre 5)

Sur quels éléments s'appuyer de façon fiable pour éviter l'équation simpliste « dyspraxie = ordinateur », ou celle, tout aussi simpliste, « dysgraphie = rééducation graphique » ? Comment prendre en compte la complexité des éléments et tenir compte de leur permanente évolution, pour construire un projet cohérent, efficace et satisfaisant pour le jeune ? Comment à la fois inscrire ces projets dans le cadre des préconisations générales justifiées par le diagnostic et faire du « sur-mesure » ? Enfin, quels signes doivent alerter, faire ajuster voire reconsidérer les objectifs ou les méthodes précédemment préconisés ?

Nous essayerons, à travers un éventail de cas cliniques qui nous a paru particulièrement démonstratif, de partir de ces innombrables situations, à la fois si courantes et si complexes, et de livrer à nos lecteurs des réflexions qu'ils pourront ensuite extrapoler, généraliser ou transposer dans leur propre pratique, voire discuter ou contester.

Ce livre s'adresse donc aux cliniciens – médecins, neuropsychologues, psychologues, rééducateurs – qui trouveront ici les pistes d'une réflexion ancrée dans la réalité et la complexité des situations habituelles de consultation et de suivi de nos jeunes patients.

CHAPITRE 1

Les dysgraphies en question

Préambule

Bien qu'il s'agisse d'un symptôme qui court tout au long des différents cas cliniques discutés dans cet ouvrage, nous avons souhaité ouvrir ce livre par un chapitre consacré aux dysgraphies.

Les anomalies, insuffisances ou déficit de performance en écriture manuelle (graphisme) – dites « dysgraphies » –, sont en effet un symptôme qui occupe une place particulière, aussi bien lors de la phase diagnostique, lors de l'évaluation du handicap et du pronostic ou encore lors de la conception du projet thérapeutique. Fréquemment allégué comme premier motif de consultation, il est le symptôme qui fera souvent suspecter, ou évoquer, une possible dyspraxie. Or il s'agit là d'un *symptôme* qui peut ressortir de nombreuses causes, visuelles, motrices, psychologiques, cognitives, motivationnelles, etc.

C'est d'ailleurs souvent sous cet angle que sont d'abord considérées ces dysgraphies : on sollicite l'attention et l'application de l'enfant et on propose un surcroît d'entraînement. C'est seulement *si* le trouble est *durable* et *si les progrès ne sont pas proportionnés aux efforts déployés* qu'il est légitime d'explorer le graphisme manuel, et ce selon deux étapes successives : il faut d'abord s'assurer que les anomalies constatées sont bien du domaine de la pathologie, puis rechercher la cause du trouble, en faire le diagnostic.

1. S'assurer que le trouble graphique est bien une dysgraphie impose des bilans étalonnés (en fonction de l'âge et du niveau scolaire de l'enfant) dans au moins *trois domaines* :

- les caractéristiques graphiques (analyse qualitative) ;
- la vitesse d'écriture ;
- son degré d'automatisation, mesuré à partir du CE1 par les capacités d'accélération, comme proposé dans le test « Je respire le doux parfum des fleurs* ».

Si les troubles sont majeurs, si l'enfant est totalement illisible ou dans l'incapacité de tracer des lettres, cette première étape est évidemment inutile. Mais

dans tous les autres cas, il ne saurait être question de parler de dysgraphie sans disposer des résultats de ces trois types d'épreuves.

2. Une fois la **pathologie affirmée, il faut en faire le diagnostic.**

Il faudra tout d'abord éliminer les troubles neurosensoriels (en particulier visuels), neuromoteurs ou psychiatriques susceptibles de rendre compte du trouble. Évoquer une dyspraxie suppose que les *bilans préalables* (neuromoteurs, neurosensoriels) et les *échelles de Wechsler* soient compatibles avec un diagnostic de dys- d'une part (intelligence préservée, hétérogénéité des performances), et un diagnostic de dyspraxie d'autre part (échec aux épreuves sollicitant les fonctions visuo-practo-spatiales, contrastant avec des réussites dans les autres domaines cognitifs). Dans le cadre d'une dyspraxie, la dysgraphie est quasi constante.

A contrario, une dysgraphie n'est pas forcément dyspraxique (*voir* Aubin, cas clinique 3; *voir* Pascal, cas clinique 4).

Sur le plan strictement graphique, les caractéristiques de la dysgraphie *dyspraxique* sont les suivantes (*voir* Joshua, cas clinique 1; *voir* Lucie, cas clinique 2) :

- on note une *fluctuation* de la performance (*voir* [figure 1.1.](#)) : l'enfant s'y prend de différentes façons pour « rater » (voire même, exceptionnellement et de façon non reproductible, pour réussir) une lettre donnée. Cette fluctuation est d'ailleurs souvent mal interprétée, prise comme le signe d'une mauvaise volonté de l'enfant;
- la *lenteur* est importante : l'enfant cherche le bon geste, hésite, corrige, reprend le tracé. Une dysgraphie rapide (l'enfant écrit vite mais mal, quasiment illisible) est a priori plus vraisemblablement soit non neurologique, soit à relier à un syndrome dys-exécutif (*voir* [figures 1.3a.](#) et [1.3b.](#));
- la dysgraphie n'est *pas isolée* : elle s'accompagne de troubles dans les gestes de la vie quotidienne, les activités sportives, etc.

Étant donné la fréquence de la dysgraphie, la souffrance intense qu'elle induit chez l'enfant (sollicité pour écrire à la main plusieurs heures par jour), ses graves conséquences scolaires (situation quasi permanente de double-tâche aux dépens des apprentissages académiques), il est très important de la reconnaître et de la rapporter à un diagnostic précis. C'est la seule voie pour, ensuite, faire des propositions efficaces et pertinentes à l'enfant et permettre la réussite scolaire.

C'est pourquoi nous proposons ici un éventail d'observations de dysgraphies dans différentes situations cliniques : surdouance (*voir* Christophe, cas clinique 5), TDA/H, dyspraxie typique, etc.

Introduction aux cas cliniques

L'enfant qui « écrit mal » peut présenter une calligraphie « jugée » comme telle, mais cependant assurer une écriture manuelle suffisamment rapide et lisible, dans un contexte de réalisation orthographique et de coût cognitif acceptables. « Écrire mal » n'est donc pas un problème en soi. Cette graphie insuffisante,

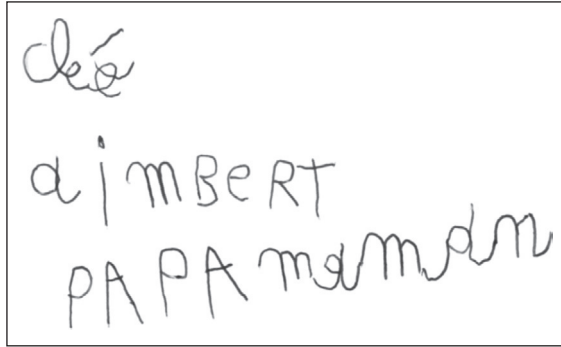


FIGURE 1.1 **Illustration du travail d'élaboration progressive de la calligraphie manuelle.**

Ce jeune garçon de 5,9 ans est scolarisé en grande section de maternelle. Il est très demandeur d'écrire « en attaché ». Il y réussit avec son prénom (première ligne).

Deuxième et troisième lignes : épreuve de grande section de maternelle de l'EDA. À noter, le *a* « bien décomposé », l'apparition de majuscules pour certaines lettres (moins connues ou maîtrisées-automatisées ?), le travail d'insertion des deux *a* dans « maman » : m-liaison-rond-jambage-m-liaison-rond(mieux positionné)-jambage-n.

L'élève programme les éléments constitutifs, mais il est (normalement à ce stade de la scolarité) en situation d'attention-concentration maximum. L'image mentale de la programmation motrice est déjà en place pour que l'automatisation de l'écriture puisse intervenir, amenant un jour l'élève à une calligraphie exempte de double tâche.

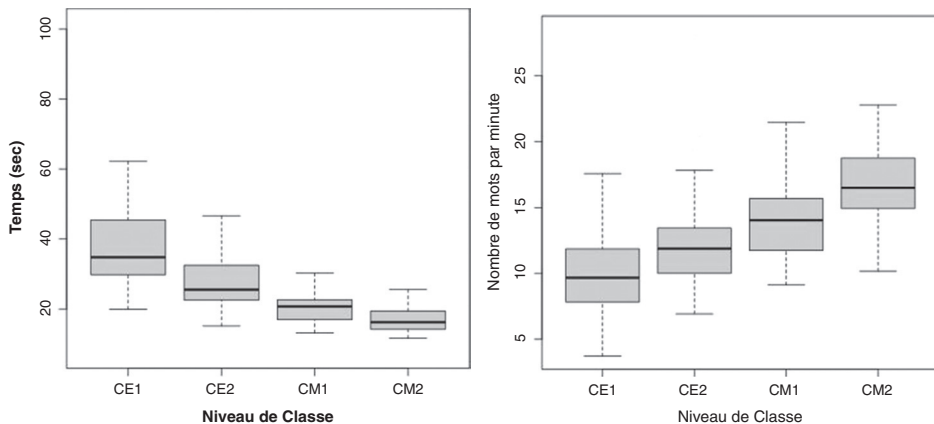


FIGURE 1.2A ET 1.2B **Accroissement lent des possibilités scripturales manuelles et leur automatisation¹⁴.**

Figure 1.2a : répartition du temps (en secondes) nécessaire à l'écriture d'une seule phrase simple, de niveau CE1, dictée à des élèves du CE1 au CM2.

Figure 1.2b : accroissement du nombre de mots écrits par minute en fonction de la classe. Élèves du CE1 au CM2. Dictées de longueur et difficulté croissantes selon le niveau de classe.

¹⁴ I. Baudry, *Création d'un outil d'évaluation de la vitesse d'écriture à partir d'une dictée de niveau progressif du CE1 au CM2 : l'EVE.DP*, mémoire d'orthophonie, Université de Poitiers, école d'orthophonie. 2013.

mais rentable, ne pose question qu'à l'entourage, pas à l'élève. Il peut prendre en notes les cours et réaliser les contrôles écrits, il peut se relire aisément, car les déformations scripturales sont constantes. Il n'est finalement pénalisé que sur le plan de la notation et/ou des appréciations de ses professeurs.

La réalisation manuelle de l'écriture s'automatise lentement (voir figures 1.1., 1.2a. et 1.2b.) tout au long de l'école primaire.

Il en va tout autrement pour d'autres élèves qui présentent une dysgraphie¹⁵ – *symptôme* scolaire – référant à des mécanismes causaux variés. Malgré des années d'entraînement (scolaire) ou de rééducation (avec le psychomotricien, l'ergothérapeute, l'orthophoniste, le graphothérapeute, etc.), ils ne parviennent pas à réellement automatiser leur graphie. Vitesse de réalisation, et/ou lisibilité, et/ou coût cognitif de l'écriture manuelle (et/ou orthographe défailante) rendent compte d'une dysgraphie, constituant, à elle seule, un véritable handicap scolaire.

Depuis la diffusion d'informations concernant les pathologies dys-, la dyspraxie est souvent évoquée pour tout élève dysgraphique. Cet automatisme : dysgraphie → dyspraxie, que l'on peut comprendre aisément (puisque'il est exceptionnel qu'une véritable dyspraxie ne s'accompagne pas de dysgraphie), est cependant dommageable, car il existe de nombreuses autres causes de dysgraphies. Certaines se rencontrent en dehors du contexte des dys- (par exemple en raison d'un trouble neuromoteur des membres supérieurs : syndrome cérébelleux, voir figure 1.3a.), d'autres réfèrent à d'autres troubles spécifiques des apprentissages (voir figure 1.3b.).

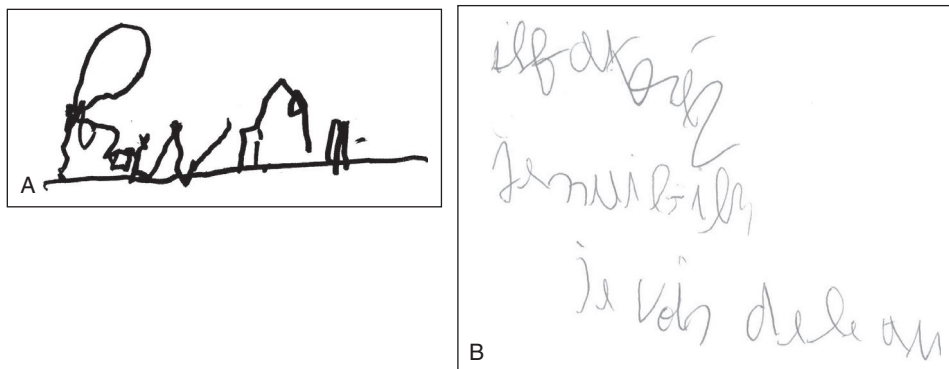


FIGURE 1.3A ET 1.3B Deux exemples de dysgraphies non dyspraxiques.

Figure 1.3a : pathologie neurologique, 8 ans, syndrome cérébelleux : tentative d'écriture du prénom.

Figure 1.3b : pathologie développementale, 7,6 ans, TDA/H (écriture rapide et impulsive).

¹⁵ En langue française, « écrire » rend compte à la fois de l'acte scriptural « manuel » et de la rédaction, transcription par l'écrit, d'une pensée, d'un raisonnement... La dysgraphie-symptôme est la *constatation* d'un retard hors norme en calligraphie qui génère une situation de handicap scolaire dont les causes sont multiples : un dys-diagnostic comme une dyspraxie, une pathologie neuromotrice tel un syndrome cérébelleux, etc.

Dans ce chapitre, nous évoquerons en premier lieu la dysgraphie de l'enfant dyspraxique, illustrée par deux enfants aux profils contrastés. Ensuite, nous nous arrêterons sur la situation particulière d'un certain nombre d'enfants dits « à haut potentiel intellectuel (HPI) », reçus en consultation en raison de l'inquiétude de l'entourage quant à leur calligraphie, jamais pour poser le diagnostic de surdouance. C'est bien l'évaluation des difficultés graphiques qui va révéler le haut potentiel.

Joshua et Lucie : deux dysgraphies dyspraxiques

Parmi les caractéristiques de la dysgraphie du dyspraxique, la principale est sans conteste son extrême fréquence : elle est quasi constante. L'écriture est en général lente et chaotique. Ce sont la vitesse d'écriture manuelle et/ou sa lisibilité, insuffisantes, qui placent les patients en situation de handicap lorsque l'écriture manuelle est sollicitée en classe.

Cependant, dans une certaine mesure, pour suivre le rythme (par exemple en dictée, ou lors de la prise de notes en cours), certains élèves dysgraphiques font le choix d'écrire « plus vite » aux dépens de la lisibilité (voir [figure 1.4.](#)). D'autres élèves, a contrario, font le choix de s'appliquer pour être plus lisibles, mais ils passent alors un temps considérable à réaliser l'écriture manuelle.

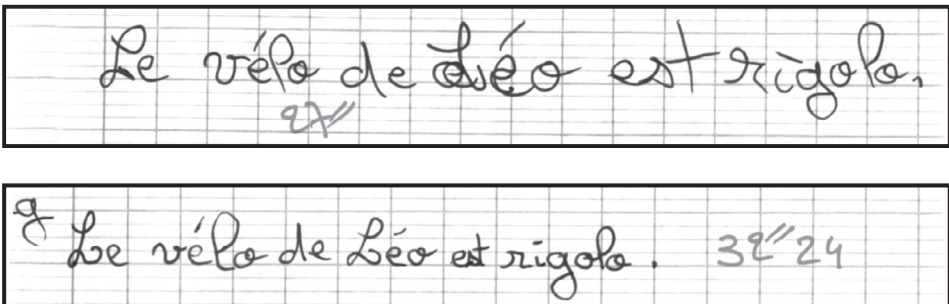


FIGURE 1.4 Vitesse normale : 33 secondes ; accélération : 27 secondes.

Sur cette épreuve, on voit nettement que cette jeune fille de 11,8 ans (dyslexie-dysorthographe) parvient à accélérer la graphie manuelle, mais qu'alors, son écriture se dégrade.

Quand il n'existe pas de dyslexie-dysorthographe d'origine phonologique associée, la dysorthographe des dyspraxiques concerne habituellement l'orthographe lexicale. Elle respecte la phonologie, mais la situation de double-tâche peut entraîner une non-application des règles orthographiques (pourtant connues du sujet).

C'est cette mise en situation de double-tâche qui reste la plus sous-estimée. Elle passe souvent inaperçue, quand, avec beaucoup d'entraînement, de rééducation, d'efforts, l'enfant parvient à écrire *plus* lisiblement et *pas trop* lentement. Il *semble* parvenir à satisfaire aux exigences des professeurs. Ces progrès de l'enfant en calligraphie manuelle sont alors valorisés, sans que l'on mesure que lorsque le patient écrit, il est placé de fait en situation de double-tâche.

Nous allons montrer deux illustrations de cette dysgraphie constante chez les patients présentant *des* dyspraxies, quelle que soit par ailleurs la forme clinique de la dyspraxie, éminemment variable d'un enfant à l'autre.

Joshua

Présentation

Joshua est vu en consultation à l'âge de 8 ans, alors qu'il est en CE2, en raison de difficultés scolaires plurielles : entrée difficile dans la lecture, écriture illisible, énormes difficultés en géométrie. C'est un élève globalement lent qui termine souvent son travail à la récréation.

La naissance était prématurée à 35 semaines d'aménorrhée, poids de naissance : 2,5 kg. Les développements staturo-pondéral et neuromoteur se sont avérés sans particularité : il a marché à 15 mois et le langage s'est développé normalement.

Joshua est maladroit dans toutes les activités gestuelles : s'habiller, manger, s'essuyer aux toilettes. Il attend que le personnel de la cantine tourne la tête pour manger avec ses mains sans s'attirer les foudres. Il est en difficulté en sport, toujours choisi en dernier lors de la constitution des équipes. Sa maman ne souhaite donc pas que Joshua participe aux sorties scolaires.

Consultation et évaluations

En consultation, l'enfant est bien dans la relation et le secteur verbal est bien investi. On constate la lenteur alléguée. On ne relève pas de difficultés d'acuité ou gnosique visuelles, mais la sollicitation de la vision entraîne une fatigue visuelle intense et rapide.

Les constructions avec des cubes sont correctes, mais très lentement exécutées, les reproductions de figures sont difficiles (voir [figures 1.5a.](#) et [1.5b.](#)).

La lecture n'est pas fluide, elle est lente et hésitante. À l'ELFE*, la fluence situe Joshua au centile 30 des CE2.

L'écriture en dictée est très lente (voir [figure 1.6](#))

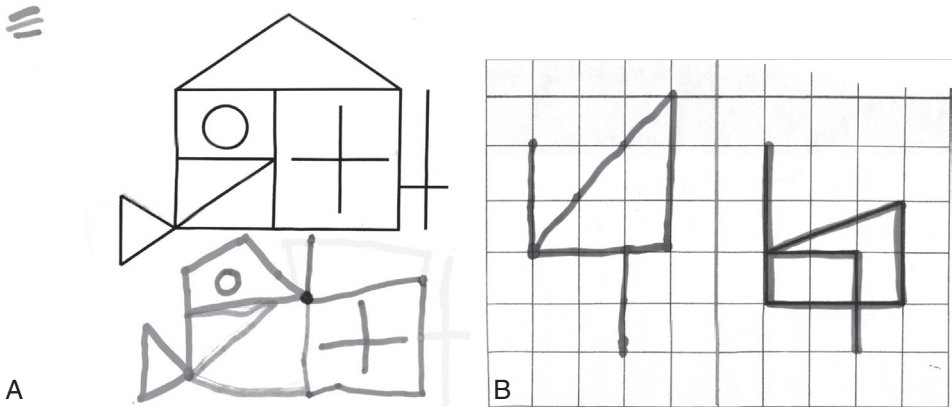


FIGURE 1.5A ET 1.5B Réalisations en consultation (âge 8 ans, CE2).

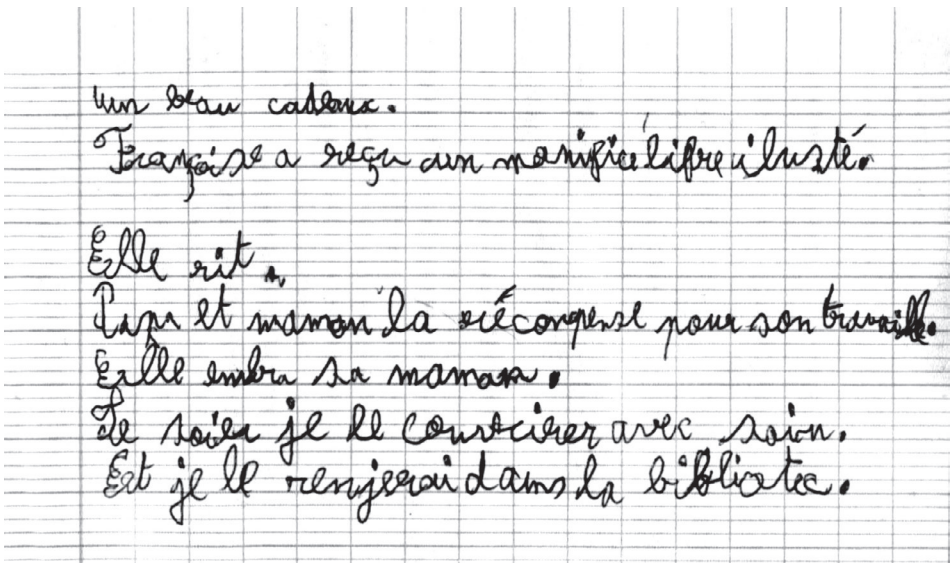


FIGURE 1.6 Calligraphie manuelle de Joshua en consultation.

Vitesse < -2 e.t. au test « Les lenteurs de l'écriture* ». Lisibilité limite et dégradation de la calligraphie très rapide.

Le bilan psychométrique (WISC-III à l'âge de 7,10 ans) proposé par le psychologue scolaire évoque fortement une dyspraxie visuo-spatiale (voir [figure 1.7.](#)).

Dissociation QIV = 123/QIP = 77, avec en particulier :

- en verbal : similitudes NS = 11, mémoire des chiffres NS = 11 (emplacements droit et envers : 4);
- en performance : cubes NS = 8, assemblage d'objets NS = 4.

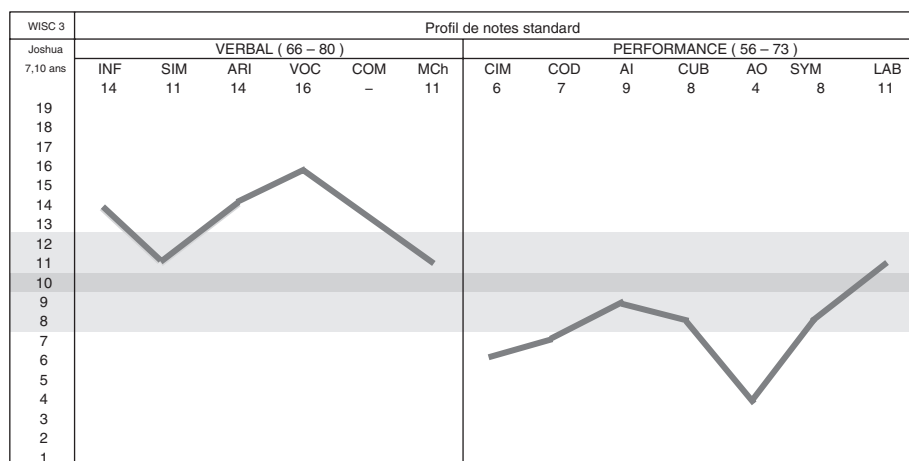


FIGURE 1.7 Joshua, 7,10 ans : WISC-IV*.

Cette évaluation est complétée dans le service (à l'âge de 8,8 ans) :

- NEPSY-I* : domaine fonctions visuo-spatiales = 88, centile 21 ; flèches (NS = 8), copie de figures (NS = 8), domaine fonctions mnésiques = 114, centile 82 ;
- Figure de Rey* : < au centile 10.

L'*ergothérapeute* évalue l'écriture avec le BHK* (voir [figure 1.8](#)). Lors de ce test de copie de texte, la vitesse est dans la norme, mais des douleurs au niveau de la main et du poignet apparaissent vers la fin de l'exercice alors que l'écriture se dégrade fortement. L'écriture est cotée pathologique surtout dans les composantes de suivi de lignes, d'organisation dans la page et de réalisation des lettres.

La même épreuve en dictée : l'écriture est un peu moins grande, mais tout aussi chaotique, le nombre de fautes d'orthographe est plus important (voir [figure 1.9](#)).

Au DTVP-2*, les résultats sont contrastés : on note lenteur et crispation, difficultés avec les obliques, fatigue visuelle précoce, difficulté de traitement des supports visuels surchargés.

L'évaluation conclut que ce jeune garçon est handicapé en classe par une écriture manuelle très insuffisante, au premier plan du tableau dyspraxique, dans un contexte d'efficacité intellectuelle et de capacités mnésiques conservées.

Les traitements visuo-spatiaux et l'analyse des supports visuels complexes et/ou surchargés sont également pénalisants. Au-delà, dans la vie quotidienne, la gestualité globale mal maîtrisée est responsable d'une souffrance intense et d'exclusion sociale.

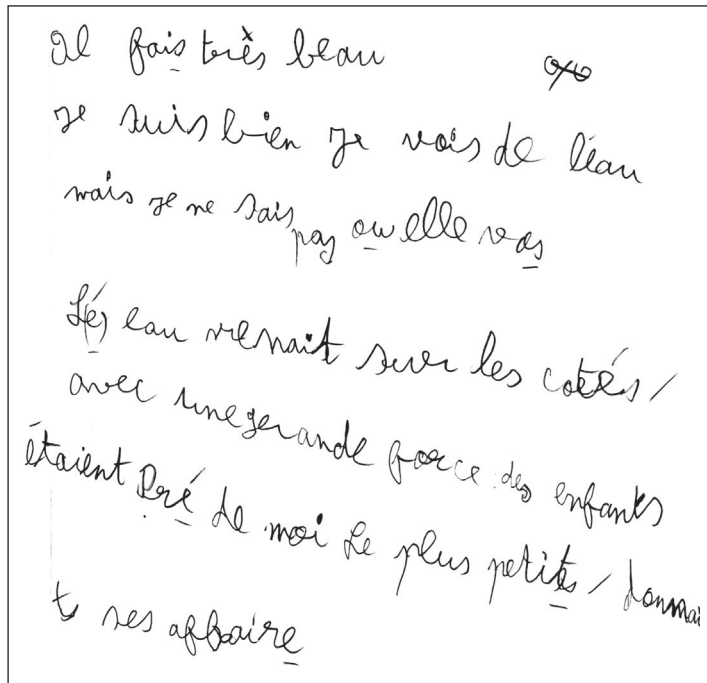


FIGURE 1.8 Joshua : BHK*.

Écriture pathologique < -4 e.t.; suivi des lignes -1,9 e.t.; organisation - écriture chaotique < -4 e.t.

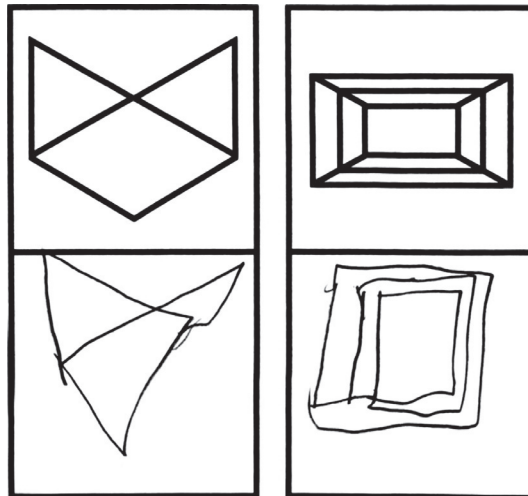


FIGURE 1.9 Joshua : DTVP-2*.

Copie de figure NS = 8.

En résumé

Le projet thérapeutique ciblera uniquement, dans un premier temps, le contournement de l'écriture par l'utilisation du clavier, ce qui sera acquis après une année d'entraînement. L'ordinateur est aujourd'hui l'outil graphique de Joshua au quotidien.

Dans un deuxième temps, une relation de confiance s'étant instaurée entre l'équipe et la famille, on apprendra à Joshua quelques gestes utiles pour sa socialisation : s'habiller, se servir des couverts, assurer seul le passage aux toilettes.

Le succès du contournement de l'écrit transforme le vécu scolaire de l'élève et de l'enseignant. La confiance s'instaure entre l'équipe pédagogique et le SESSAD¹⁶. En CM1, on visera progressivement l'accès à la géométrie *via* un logiciel spécifique et l'adaptation des supports visuels (pris en charge par un auxiliaire de vie scolaire mis à disposition à mi-temps). Les aides sont intégrées progressivement pendant la classe durant le CM et Joshua les automatise correctement. Elles sont partagées avec l'équipe pédagogique et adoptées au collège.

Lucie

Évaluation

Lucie est examinée alors qu'elle est en CM2. Elle est présentée par l'enseignant et ses parents « en grande difficulté scolaire », (on parle de difficultés en motricité et de traitement des données spatiales). L'anamnèse n'est pas contributive, Lucie a marché avec un léger retard (à 19 mois), on n'évoque pas de maladresse particulière dans les activités de la vie quotidienne.

Le *bilan neuropsychologique* est très évocateur d'une dyspraxie visuo-spatiale. WISC-IV* à 10,6 ans (voir [figure 1.10](#)) : dissociation ICV/IRP :

- ICV (indice de compréhension verbale) = 98, homogène, similitudes (NS = 10);
- IRP (indice de raisonnement perceptif) = 67, hétérogène, cubes (NS = 1), identification de concepts (NS = 7), matrices (NS = 6);
- IMT (indice de mémoire de travail) = 91, mémoire de travail dans la norme faible sans plus mais on note l'échec significatif au subtest arithmétique (NS = 4), très fréquent en cas de dyspraxie visuo-spatiale;
- IVT (indice de vitesse de traitement) = 78, homogène, la lenteur et les difficultés visuelles expliquent la contreperformance.

Certains *subtests complémentaires* sont proposés et confirment les problèmes praxiques et visuo-spatiaux (voir [figure 1.11](#)) :

- Assemblage d'objets, NS = 4 (WISC-III);
- Labyrinthe, NS = 6 (WISC-III);
- Figure de Rey* (*voir figure 1.11.*) < au centile 2;
- Flèches (NEPSY*), NS = 3;

¹⁶ SESSAD ou SESSD : structure médico-sociale publique, dotée d'une équipe pluridisciplinaire (médecin, psychologue et/ou neuropsychologue, orthophonistes, ergothérapeutes, psychomotriciens, éducateurs, assistant social...) qui assure soins, rééducations et aide à la scolarité sur les lieux de vie de l'enfant handicapé (principalement à l'école).

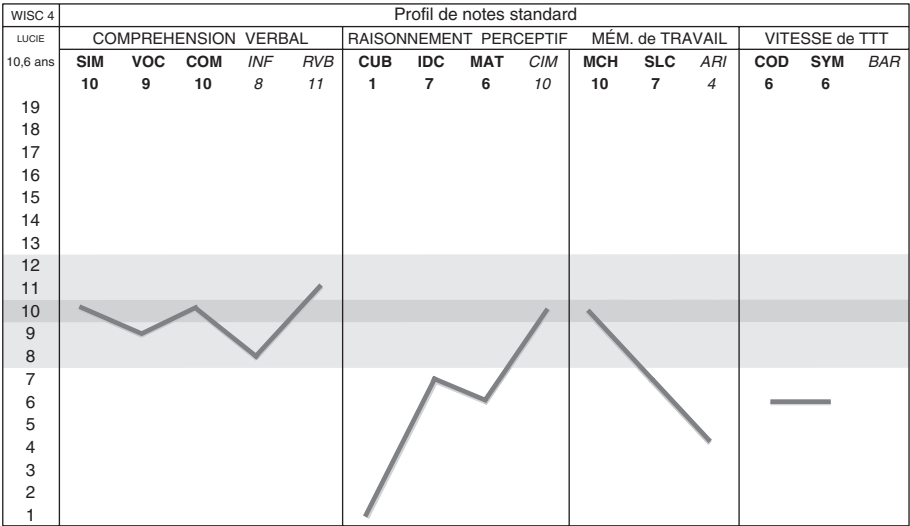


FIGURE 1.10 Lucie, 10,6 ans : WISC-IV*.

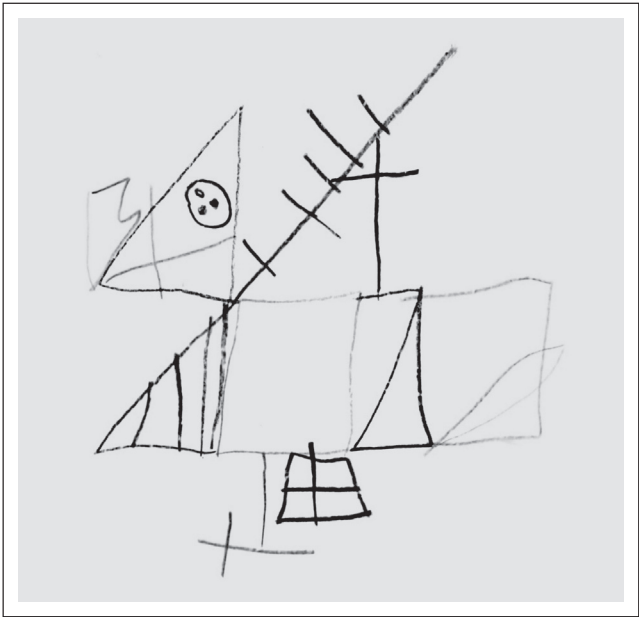


FIGURE 1.11 Figure de Rey* (copie).
Rang percentile < à 2, temps percentile 10–25.

- Orientation (NEPSY*), rang percentile : 3–10 % ;
- Copie de figures (voir [figure 1.12](#)) (NEPSY*), NS = 4.

Le niveau verbal dans la norme est confirmé (NEPSY*) : compréhension de consignes, NS = 11 (NB : Lucie échoue électivement quand les consignes réfèrent aux notions spatiales).

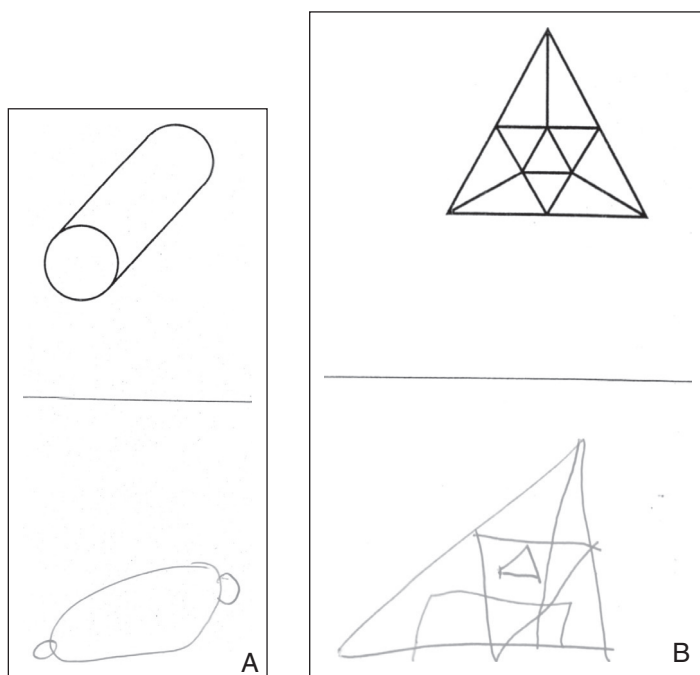


FIGURE 1.12A ET 1.12B Lucie, NEPSY-I*. Copie de figures.

Les fonctions mnésiques sont préservées sur modalité verbale : mémoire narrative (NS = 11), apprentissage de liste de mots (NS = 13).

Les capacités attentionnelles et les fonctions exécutives sont dans la norme, mais Lucie est en difficulté quand elle doit traiter du matériel visuel : fluidité de dessins (NEPSY-II*) (NS = 5), attention visuelle (NEPSY-I*) (NS = 4).

Le bilan de l'ergothérapeute le confirme : l'écriture est évaluée non rentable scolairement. Lucie est en double tâche en dictée. La vitesse est très ralentie : < à -3 e.t. des CM2. Écriture lisible, ne se dégradant pas sur le temps de l'épreuve, mais trop grosse, avec un suivi des lignes approximatif. Orthographe difficile, même avec les mots usuels connus, la phonologie est respectée (voir [figure 1.13](#)).

L'oculomotricité est pathologique (ressauts, saccades mal calibrées).

La maîtrise de la topologie et des obliques est pathologiques (test RTD*, voir [figure 1.14](#)) :

- topologie (points) : modèle à gauche : deux erreurs en miroir et quatre erreurs (< 2 % cumulés pour sa classe d'âge), modèle à droite : une erreur en miroir et quatre erreurs (< 2 % cumulés) ;
- obliques (barres) : modèle à gauche : une réponse en miroir (15 % cumulés), deux erreurs de 18° et trois erreurs > 18° (2 % cumulés), modèle à droite : trois réponses en miroir (2 % cumulés), trois erreurs de 18° (26 % cumulés).

Il fait beau
 Je suis très bien 24
 Je vois de l'eau 37
 mais je ne sais pas 52
 où elle va 60

FIGURE 1.13 BHK*.

Vitesse : +0,5 e.t. ♀ CM2, +0,65 e.t. ♀ 10 ans.

Qualité très en dessous de ce qui est attendu, surtout dans les composantes de suivi des lignes, de liens entre les lettres et de variation dans la taille des lettres : < -2,5 e.t. des CM2. Saute un mot sur la première ligne, l'ajoute à un endroit plausible à la deuxième ligne puis s'en aperçoit et barre (saut de ligne et de mot sur le modèle). Fait de nombreuses ratures y compris au milieu des mots pour rectifier l'orthographe qui est finalement correcte.

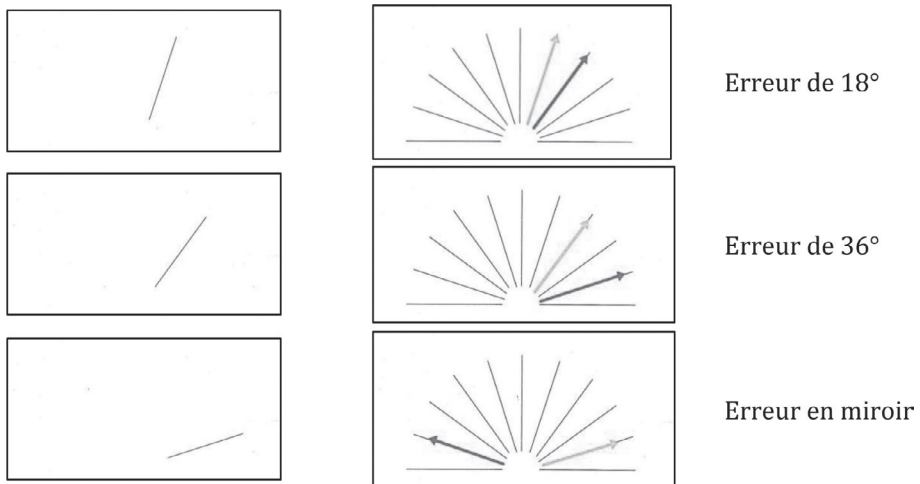


FIGURE 1.14 Test RTD*.

Le patient sur son document (colonne de gauche) visualise une barre orientée, il doit l'indiquer sur le document de référence (colonne de droite) où figurent toutes les barres obliques (en *grisé* le rayon correspond au modèle, en *noir* celui indiqué par le patient).

Au DTVP-2*, Lucie est très lente, des contre-performances montrent ses difficultés dans les domaines praxiques et visuo-spatiaux (voir [figure 1.15.](#)) : coordination visuo-manuelle (NS = 5), position dans l'espace (NS = 6), copie de figures (NS = 6) et confirmé à la VMI* (voir [figure 1.16.](#)), NS = 3 (conforme au résultat obtenu à la NEPSY*, NS = 3).

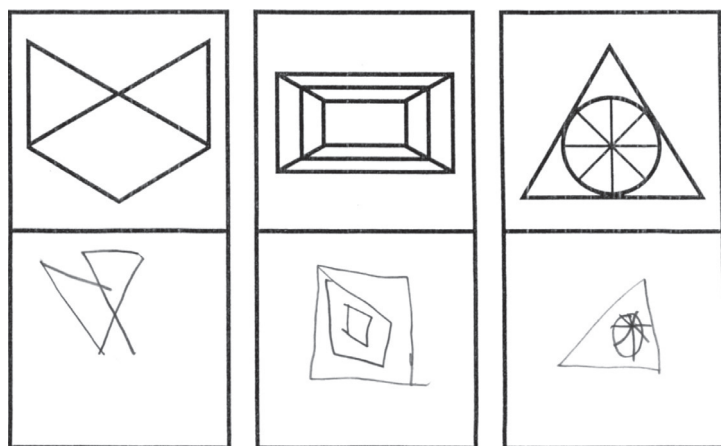


FIGURE 1.15 Copie de figures DTVP-2.

Lucie prend le temps de regarder le modèle. Elle reconnaît les figures demandées, compte pour s'aider mais ne parvient pas à les reproduire (NS = 6).

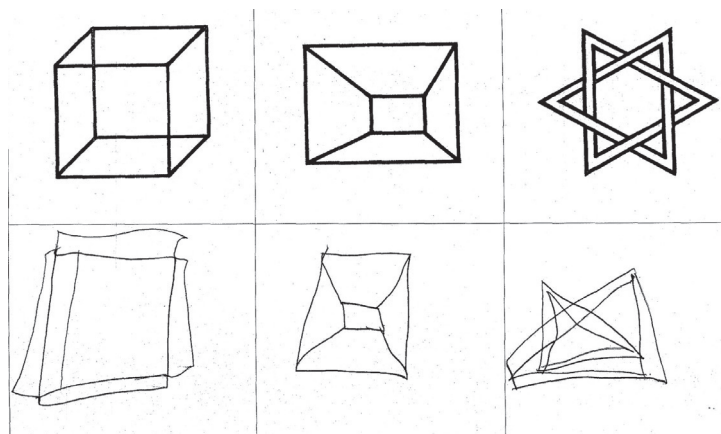


FIGURE 1.16 Copie de figures VMI*.

Exercice très difficile pour Lucie, qui est très concentrée, lente. Elle tente de compenser en comptant les points, les segments. Elle est consciente que ce qu'elle dessine n'est pas conforme au modèle, que certaines formes ne lui sont pas accessibles : « Le losange, c'est pas ma spécialité! »

De bons résultats sont obtenus au prix de stratégies dispendieuses en temps et en énergie, par exemple à l'épreuve *Spatial relations* (relier des points sur quadrillage) : Lucie est très concentrée, elle prend beaucoup de temps pour se repérer, compte les points et surtout pointe du doigt au fur et à mesure sur le modèle, procédure lente et coûteuse (NS = 12).

En résumé

Lucie n'est réellement en situation de handicap qu'en situation scolaire, en raison d'une dyspraxie constructive visuo-spatiale qui ne s'accompagne pas de dyspraxie gestuelle importante dans les activités de la vie quotidienne et le sport, activités où elle se montre malhabile sans plus.

La dysgraphie est un signe constant dans les dyspraxies. Elle peut à elle seule, en cas de pathologie sévère, grever le pronostic scolaire. Bien souvent premier et/ou seul signe d'appel, elle s'intègre dans un cortège de signes variable en raison même de l'hétérogénéité des syndromes dyspraxiques.

Aubin et Pascal : « HPI » et dysgraphiques

Toutes les dysgraphies n'ont pas une origine dyspraxique. Au sein des diagnostics différentiels, la population des enfants à haut potentiel intellectuel (HPI) pose question.

En effet, un certain nombre d'enfants HPI présente des difficultés d'écriture manuelle. Ce n'est pas le cas de tous. Nous n'accueillons en consultation que les enfants HPI en difficultés scolaires *et* suspects de dys-. Au cours du bilan, un faisceau d'arguments (dont, mais pas seulement, la psychométrie) met en évidence le HPI.

L'origine de cette dysgraphie chez les HPI est mystérieuse. Beaucoup, dont les parents et les patients eux-mêmes, incriminent l'agacement provoqué par cette main « *qui ne voudrait pas aller aussi vite que la pensée* ». Quoiqu'il en soit, la difficulté d'écriture manuelle peut, pour certains HPI, amener à une situation de handicap.

L'évaluation psychométrique révèle le potentiel très fort, mais l'évaluation peut être rendue difficile par diverses difficultés cognitives associées. En cas de dysgraphie isolée, aux échelles de Wechsler, la note standard au seul subtest réellement « graphomoteur », Code, s'avère la plus faible. En langue française, une étude de référence¹⁷, faite à partir de 245 WISC-III, publiée dans ANAE

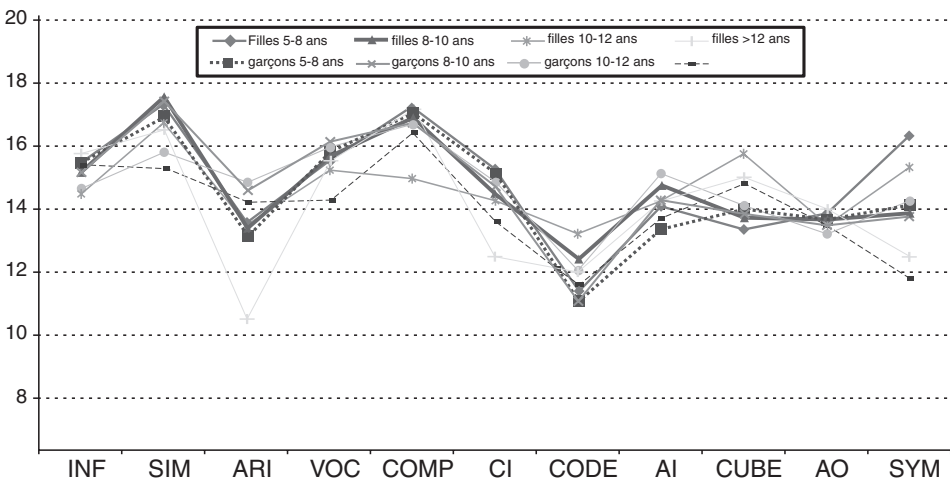


FIGURE 1.17 Moyennes obtenues par les 245 sujets aux différents subtests de la WISC-III.

¹⁷ A. Bessou, C. Montlahuc, J. Louis, P. Fournieret, O. Revol, « Profil psychométrique de 245 enfants intellectuellement précoces au WISC-III », ANAE, 81, 2005, p. 23-28. Dans ce chapitre, la référence à cette étude, sera indiquée par : (Bessou, 2005), ou bien par : « référence courbe ANAE » dans les tableaux et figures.

en 2005 (voir [figure 1.17.](#)), montre que la moyenne des notes standard obtenues à ce subtest est la plus basse parmi tous les subtests pour cette population (moyenne à Code pour les 245 sujets : 11,14).

Nous proposons trois observations de dysgraphie chez des élèves présentant tous un HPI. Les deux premières (Aubin et Pascal) concernent des situations de handicap scolaire, conséquences d'une réalisation de la calligraphie trop lente pour l'un, impossible à relire pour l'autre. La troisième observation (Christophe) rend compte d'une association HPI + dyspraxie visuo-spatiale. Elles exigent des modalités de prise en charge différenciées.

Aubin

Présentation

Ce jeune garçon de 9,2 ans est vu en consultation hospitalière alors qu'il est scolarisé en CM1. La famille s'inquiète de difficultés concernant le graphisme, le coloriage et les habiletés motrices en général.

Chez cet enfant qui a fait ses premiers pas à 13 mois et parlé précocement, l'anamnèse ne retrouve qu'une maladresse dans toutes les activités de la vie quotidienne et scolaire. Il a été en difficulté pour l'habillage, pour la gestion des couverts, et cette gaucherie persiste lors des activités physiques, en particulier les sports de raquette. Il n'est toujours pas à l'aise à bicyclette...

Mais ce sont bien les difficultés jugées importantes de réalisation de l'écriture manuelle qui constituent l'unique plainte pour cet enfant, brillant par ailleurs, vif et scolaire, en grande réussite à l'école élémentaire. L'examen des évaluations scolaires montre que les enseignants qualifient la dysgraphie de « modérée ». Leurs annotations insistent sur la lenteur de l'écriture, lenteur qui pénalise l'élève. Il est clairement indiqué qu'Aubin ne réussit le plus souvent à terminer que la moitié des exercices dans le temps imparti, mais qu'il peut améliorer ses performances en présence d'enjeux (lors des contrôles, par exemple).

Bilans psychomoteur et psychométrique

Aubin vient de bénéficier d'un bilan psychomoteur et d'une psychométrie :

- *bilan psychomoteur* : Aubin témoigne d'un développement psychomoteur homogène et harmonieux, d'une hypertonie d'action et de bonnes capacités de contact. Il est en demande de soutien face à ses difficultés ;
- *bilan psychométrique* : WISC-IV* à l'âge de 9,1 ans (voir [figure 1.18.](#)) :
 - indice de compréhension verbale : 155 (similitudes : NS = 19, vocabulaire : NS = 19, compréhension : NS = 19),
 - indice de raisonnement perceptif : 146 (cubes : NS = 18, identification de concepts : NS = 17, matrices : NS = 15),
 - mémoire de travail : 118 (mémoire des chiffres : NS = 13, séquence lettres-chiffres : NS = 13), dans la norme mais qui constitue une faiblesse relative par rapport aux performances conceptuelles verbales et non verbales,
 - indice de vitesse de traitement : 96 (symboles : NS = 14, code : NS = 5).

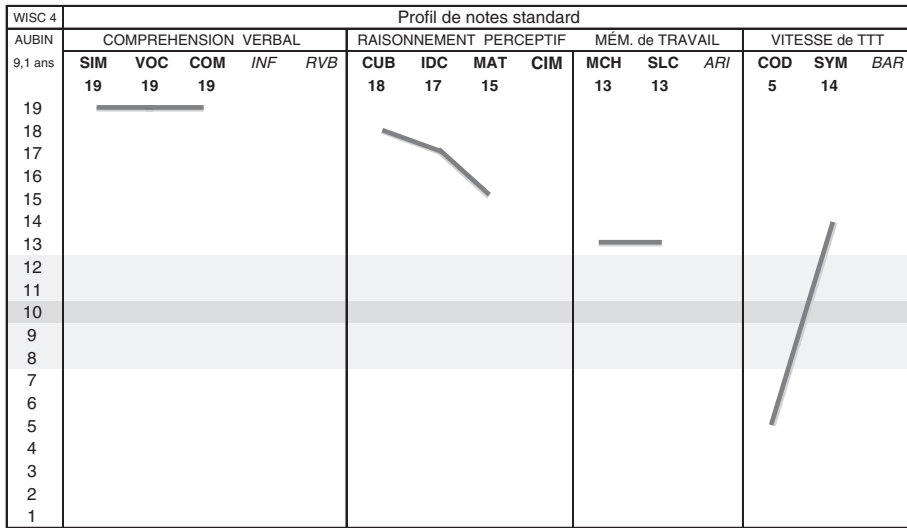


FIGURE 1.18 Aubin, 9,1 ans : WISC-IV*.

Notes standard s'écartant de la moyenne (± 3 points)	au-dessus	Similitudes (NS = 19) Compréhension (NS = 19) Vocabulaire (NS = 19)
	au-dessous	Code (NS = 5)
Notes significativement faibles par rapport au niveau de conceptualisation verbal	NS en décalage (\geq à 6 points) par rapport à : Similitudes (NS = 19)	Code (NS = 5)

La note à code (NS = 5) est très significativement inférieure à la note de 11,14, note moyenne indiquée par Bessou (2005). Les résultats à cette épreuve graphomotrice sont surtout très en deçà de ceux obtenus, tout à fait exceptionnels, dans le secteur verbal.

Consultation

En consultation, on propose une dictée étalonnée¹⁸ (test « Les lenteurs de l'écriture* », voir figure 1.19.). Notons d'emblée qu'immédiatement après l'exercice, l'accès au sens est parfait. On constate une mauvaise tenue de l'outil scripteur,

¹⁸ Géographie aérienne (niveau CM2, extrait) : « Quand on s'élève grâce à l'avion, l'esprit sait faire un effort d'imagination devant ces aspects inhabituels qu'offrent les paysages. Ce filet d'eau, c'est un fleuve que vous traversez difficilement à la nage. Cette tache verte, c'est la forêt dans laquelle vous vous êtes égarés. Ces rubans qui se déroulent interminablement jusqu'à l'horizon sans cesse reculé sont des routes et ces mouches qui s'y promènent sont des automobiles. »

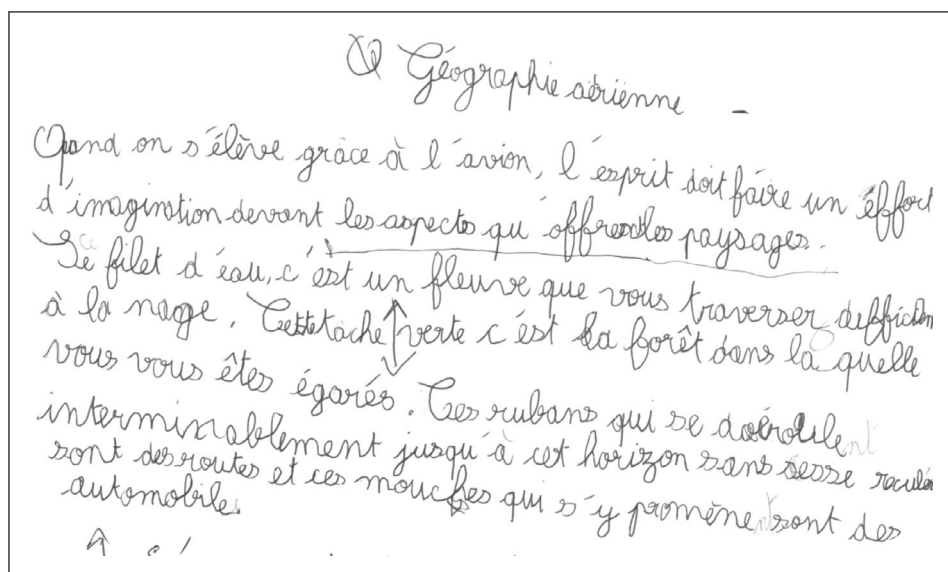


FIGURE 1.19 La dictée d'Aubin le jour de la consultation.

avec un fort enroulement du poignet et une « crispation généralisée », ceci chez un enfant très concentré, très tonique, qui redoute beaucoup l'écrit et l'exprime. Au cours de la tâche, qu'il déclare clairement ne pas apprécier, il « souffle » en permanence pour montrer son agacement ! Il est très soulagé à la fin de l'exercice mais allègue une douleur du poignet.

Il n'existe pas de difficulté de relecture par un tiers de la calligraphie d'Aubin, seule la vitesse d'écriture le pénalise. On retrouve la lenteur alléguée : la vitesse d'écriture en dictée est faible, mais stable ($-2,5$ e.t.), sans fatigabilité ni dégradation des performances au fil du temps. Le tracé d'ensemble est modérément chaotique, la lisibilité est variable mais souvent bien assurée. Finalement, c'est bien la lenteur qui le pénalise. On constate une non-anticipation du retour à la ligne pour un mot long (*difficilement*). La dysorthographe n'est pas d'usage mais concerne des fautes d'accord pour des règles qu'Aubin connaît parfaitement (et qu'il pourra corriger rapidement – en gris – lorsqu'on l'invitera à le faire en fin de dictée). Cet aspect qualitatif illustre que l'écriture d'Aubin n'est pas automatisée, elle s'effectue en double-tâche et représente un réel handicap scolaire pour cet élève de cycle 3.

Différentes épreuves praxiques et visuo-spatiales (constructions, tracés, copies de figures, etc.) sont proposées au cours de la consultation. Leur réalisation est de conception tout à fait appropriée, simplement légèrement pénalisée en raison de cette anomalie du tonus déjà mentionnée.

Au terme de cette consultation, chez un enfant particulièrement doué, on qualifie une dysgraphie de lenteur d'écriture, pénalisante en situation scolaire. Cette lenteur pourrait, à elle seule, mettre en péril *in fine* la scolarité, en raison de l'accroissement des exigences en termes de quantités d'écrits à partir du milieu du collège. On propose donc de familiariser Aubin avec l'ordinateur

et le clavier l'année scolaire suivante. Compte tenu des bons résultats et de sa rapidité pour faire ses devoirs, l'enfant a en effet du temps libre pour cela.

En résumé

Aubin ne bénéficiera pas d'un contournement de l'écriture manuelle à cette époque. La famille refuse cette proposition. Il est également difficile pour ses parents, qui espèrent une amélioration spontanée *avec le temps*, d'entreprendre les démarches nécessaires auprès de la MDPH.

On aura régulièrement de ses nouvelles.

En classe de quatrième, Aubin, premier de sa classe, utilise l'ordinateur à la maison. La prise de notes à la main au collège est qualifiée de « *moche et incomplète* » par sa maman. La lenteur d'écriture perdure avec la même intensité. Aubin mémorise ses cours à l'oral sans prise de notes. On note que la géométrie, qui ne lui pose pas de problème conceptuel, est de réalisation lente et laborieuse en ce qui concerne les tracés. L'enseignant de français trouve qu'il « *bâcle ses écrits* », il refuse les adaptations proposées pendant les deux premiers mois, voulant *le mettre à l'épreuve*. Après un rendez-vous avec la famille, il accepte les aménagements : peu d'écrits, QCM... et Aubin termine alors ses contrôles.

L'utilisation de l'ordinateur en classe restera en suspens... et ne sera finalement opérationnelle qu'à partir de la classe de seconde générale en raison de la persistance d'une vitesse d'écriture manuelle toujours aussi lente, encore moins compatible avec le rythme du lycée. Pour les épreuves anticipées du bac en classe de première S, Aubin réalisera toutes ses épreuves écrites (mathématiques y compris) à l'ordinateur. Il maîtrise cet outil par la commande au clavier. Il est beaucoup plus rapide selon ses proches, ne présente plus de douleur ni de fatigue.

Pascal

Présentation

Cet adolescent est vu en consultation hospitalière. À 14 ans, en classe de quatrième, il est en réussite scolaire (moyenne générale : 15/20). La plainte concerne essentiellement le graphisme manuel, et ce depuis le début de la moyenne section de maternelle, dès les premiers essais d'écriture de son prénom. L'écriture manuelle est qualifiée de « *laborieuse* » par les parents. Les devoirs scolaires sont mal écrits, mal présentés, source de conflits avec ses professeurs qui refusent parfois de lire ses productions.

L'anamnèse ne montre aucun antécédent si ce n'est une gaucherie persistante dans les gestes de la vie quotidienne : lacer les chaussures, éplucher les fruits, etc.

Évaluation, bilans

L'examen révèle d'excellentes capacités verbales, une bonne mémoire immédiate et de travail, aucune difficulté de reconnaissance visuelle, d'oculomotricité, de perception et d'organisation praxique ou spatiale, etc. Tout au plus, peut-on constater que Pascal est trop rapide, trop impulsif, veut faire trop vite...

Une dictée de CM2 étalonnée (voir [figure 1.20.](#)), donnée pour 5 minutes, est réalisée rapidement en 4 minutes et 30 secondes. Pascal en comprend parfaitement le sens. La calligraphie est problématique et rend la relecture très difficile. Pascal déclare d'ailleurs spontanément sa grande difficulté à relire ses écrits, ses prises de notes sont difficiles à exploiter. Pascal, contrairement à Aubin, n'est pas pénalisé par la lenteur de son écriture, mais par la lisibilité (voir [figure 1.21.](#)).

Nous bénéficions d'un dossier préalable : évaluation psychométrique, bilans ergothérapeutique, orthoptique et psychomoteur.

Psychométrie : WISC-III à l'âge de 12,2 ans (voir [figure 1.22.](#)) :

- QIV : 123, QIP : 129, QIT : 130 ;
- QIV : information (NS = 13), similitudes (NS = 17), arithmétique (NS = 12), vocabulaire (NS = 12), compréhension (NS = 14), mémoire des chiffres (NS = 9), empan 7/4. NB : en comparaison avec le niveau conceptuel verbal et non verbal, on constate une relative faiblesse, pour l'âge, en mémoire de travail auditivo-verbale ;
- QIP : complètement d'images (NS = 16), code (NS = 9), arrangement d'images (NS = 13), cubes (NS = 16), assemblage d'objets (NS = 16), symboles (NS = 15), labyrinthe (NS = 18).

Notes standard s'écartant de la moyenne (± 3 points)	Au-dessus	Similitudes (NS = 17) Labyrinthe (NS = 18)
	Au-dessous	Mémoire des chiffres (NS = 9) Code (NS = 9)
Notes significativement faibles par rapport au niveau de conceptualisation verbal	NS en décalage \geq à 6 points par rapport à Similitudes (NS = 17)	Mémoire des chiffres (NS = 9) Code (NS = 9)

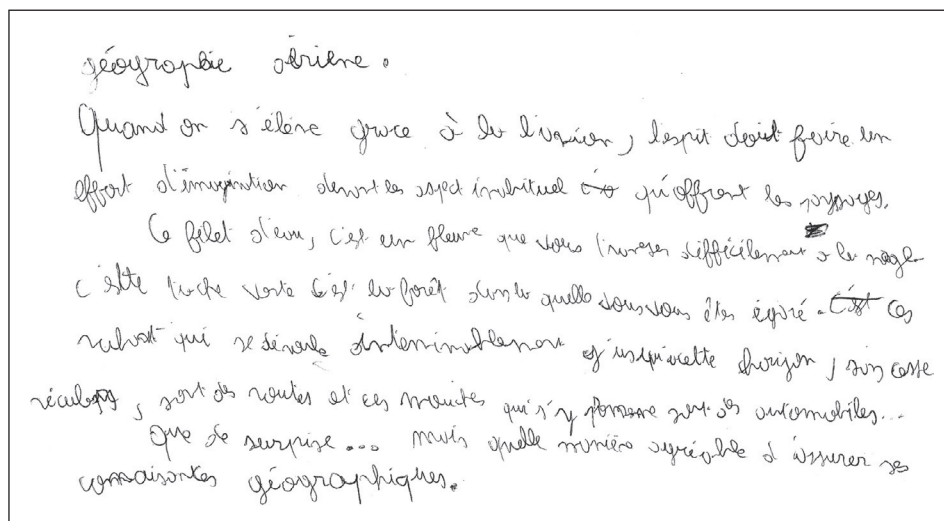


FIGURE 1.20 Écriture manuelle de Pascal en situation de consultation.
Dictée de CM2 tirée du test « Les lenteurs de l'écriture* », voir Aubin, note 18.

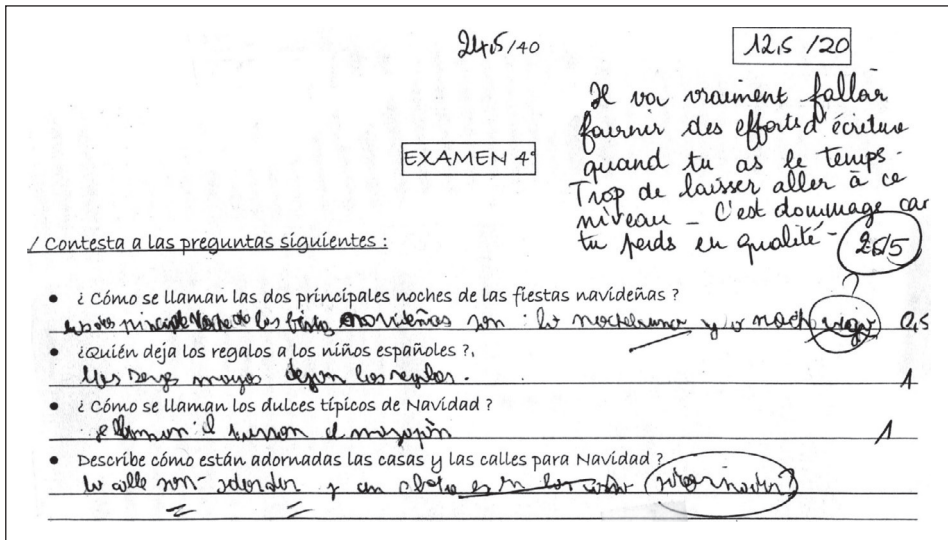


FIGURE 1.21 Écriture manuelle de Pascal en situation de classe : cours d'espagnol.

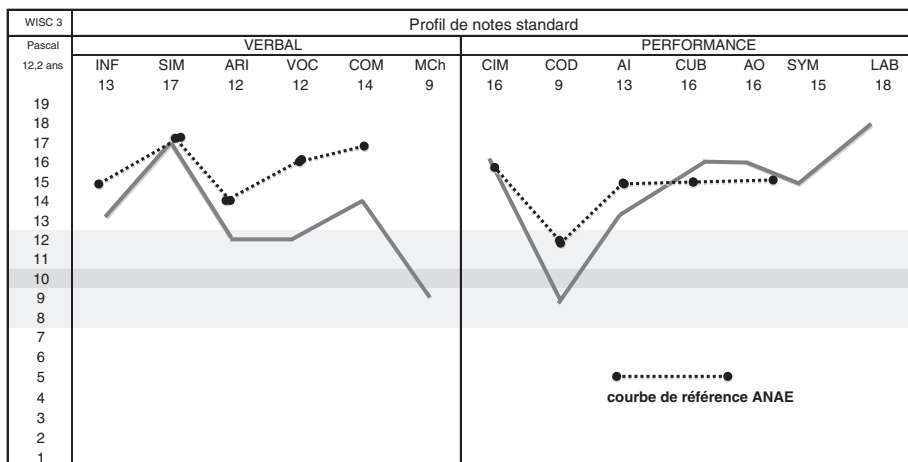


FIGURE 1.22 Pascal, 12,2 ans : WISC-III.

Nous avons superposé la courbe de Pascal à la courbe de référence (Bessou, 2005). La comparaison met de nouveau en évidence une faiblesse significative à l'épreuve code et mémoire des chiffres.

• *Psychomotricité*

Il n'est pas rapporté de difficulté en motricité globale, en coordination, ni avec les praxies ou la structuration visuo-spatiale. Seul le geste graphomoteur se révèle particulièrement difficile.

• *Orthoptie*

Le bilan ne montre pas d'anomalie en particulier en motricité oculaire conjuguée (vergences, poursuites, saccades).

• Ergothérapie

Le bilan conclut à une dysgraphie sévère sans signe de dyspraxie. On propose l'ordinateur en situation scolaire pour compenser la situation de handicap. Après un an d'entraînement avec l'ergothérapeute, on relève les scores de vitesse d'écriture suivants :

- à la main : 19,7 mots/minute soit $-0,88$ écart type
- au clavier : 25,17 mots/minute soit $+0,73$ écart type
- avec le logiciel de dictée vocale : 49,03 mots/minute soit $+7,79$ écarts types.

En résumé

Pascal est un excellent avocat de sa cause, voici ce qu'il écrira (voir [figure 1.23.](#)) au médecin de la MDPH¹⁹ pour demander une adaptation des épreuves au bac.

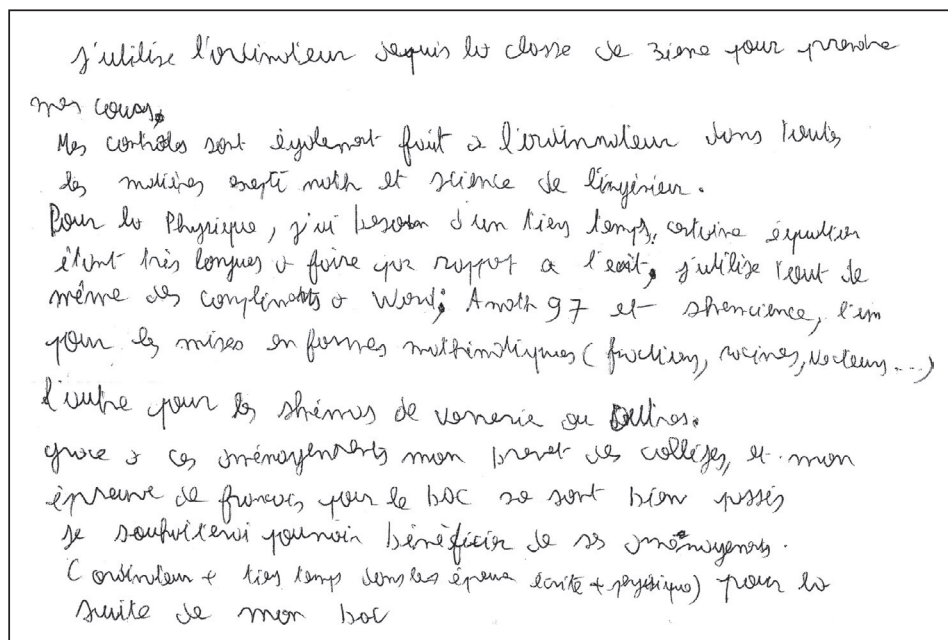


FIGURE 1.23 Pascal. Écriture manuscrite.

Argumentaire du patient pour les aménagements au bac : « j'utilise l'ordinateur depuis la classe de 3^e pour prendre mes cours.

Mes contrôles sont également faits à l'ordinateur dans toutes les matières, excepté maths et sciences de l'ingénieur.

Pour la physique, j'ai besoin d'un tiers temps, certaines équations étant très longues à faire par rapport à l'écrit. J'utilise tout de même des compléments à Word, Amath97 et Schemscience, l'un pour les mises en formes mathématiques (fonctions, racines, vecteurs...)

l'autre pour les schémas de verrerie ou autres. grâce à ces aménagements mon brevet des collèges, et mon épreuve de français pour le bac se sont bien passés

je souhaiterais pouvoir bénéficier de ses aménagements (ordinateur + tiers temps dans les épreuves écrite + physique) pour la suite de mon bac »

¹⁹ Maison départementale des personnes handicapées.

En terminale S, Pascal a progressé dans l'utilisation du clavier et prend ainsi ses notes en cours avec son ordinateur. Quand il utilise la dictée vocale, la nécessaire correction des erreurs le gêne. Pour ses devoirs à la maison, il utilise le clavier, sauf pour les maths (il considère l'écriture mathématique fastidieuse à l'ordinateur et préfère écrire à la main). Il poursuit actuellement ses études en IUT d'informatique.

Christophe : surdoué et dyspraxique

Présentation

Christophe est suivi en SESSAD-4²⁰ en raison d'un diagnostic de dyspraxie visuo-spatiale posé par le service en milieu de classe de sixième. Il s'agit d'une dyspraxie visuo-spatiale développementale.

L'anamnèse n'est pas contributive : grossesse sans particularité et accouchement eutocique à terme, marche acquise à 12 mois, langage bien développé à l'entrée en maternelle à l'âge de 2,6 ans. Lorsqu'il consulte à l'âge de 9,6 ans, il montre d'excellentes performances et résultats scolaires. Il est entré dans la lecture dès le début du CP, son passage en sixième s'effectue avec une année d'avance.

En maternelle, d'importantes difficultés en graphisme et en dessin sont repérées et dès le début du CP, on évoque un problème grave d'écriture. Christophe redoute alors cette activité, qu'il finira par refuser ! L'enseignante demande un bilan au psychologue scolaire (il ne pourra être récupéré) qui aurait statué sur une précocité. On propose alors un saut de classe et Christophe termine son année en CE1 en disant « *qu'il s'y ennuie un peu moins* ».

Un pédopsychiatre consulté écarte « *toute responsabilité d'origine psychologique dans les difficultés alléguées* ». Christophe bénéficie tout de même d'une année de psychothérapie puisqu'il « *bloque sur l'écrit* ».

La scolarité en primaire s'avère chaotique, certains enseignants doutant fortement de « *la bonne volonté* » de Christophe. Il persiste à refuser d'écrire, mais accepte de renseigner les QCM. En CM1, le conflit survient avec son enseignante devant cette obstination à refuser d'écrire : « *Christophe le fait exprès.* » De janvier à juin, des séances de graphothérapie permettent de lever ce blocage devant l'écriture. Christophe accepte enfin d'écrire, mais on peine alors à le relire.

²⁰ Il s'agit des SESSAD qui accueillent des enfants présentant des handicaps moteurs et/ou dyspraxiques.

Consultation, évaluation

Lors de la première consultation, alors que Christophe est en milieu d'année de sixième, on relève que sa motivation et sa mobilisation sont variables. Elles paraissent conditionnées par son propre jugement concernant les tâches proposées (lui paraissent-elles accessibles ou non, les juge-t-il intéressantes ou non ?) mais surtout selon qu'elles mobilisent l'oral (très investi) ou l'écrit (refusé ou accepté de très mauvaise grâce).

L'interrogatoire de Christophe et de sa maman révèle des difficultés gestuelles patentes dans les activités de la vie quotidienne, pour se nourrir (il mange encore salement, souvent à l'aide des mains), s'habiller (encore très long et pénible, il reste très gêné par les boutons, fermetures Éclair, lacets). On note des difficultés gestuelles dans nombre d'activités : faire du vélo, jouer de la flûte en cours de musique. Il est lent et mal organisé pour tout.

En consultation, on confirme une bonne acuité visuelle mais on constate une oculomotricité défailante avec une poursuite possible mais difficile, des saccades oculaires pathologiques. Dans un test de barrage, on constate une stratégie inefficace (aléatoire) et un nombre d'oublis de cibles important pour l'âge (BREV*, attention visuelle, < 2 e.t.).

La calligraphie reste pour lui une tâche extrêmement coûteuse en attention et véritablement fatigante. La réalisation de tâches graphiques plus élaborées, comme la copie de figures, est lente et requiert beaucoup d'attention-concentration. On constate des difficultés avec les obliques mais également des difficultés persistantes de construction, par exemple ici dans la réalisation d'une croix (voir [figure 1.24.](#)).

La copie d'une figure sur un quadrillage (voir [figure 1.25.](#)) ne peut se faire avec un tracé continu, Christophe progresse de proche en proche, sans erreur, mais au prix d'une attention importante et d'une lenteur de réalisation. La consigne d'avoir à tracer obligatoirement un trait « en continu » pour cette figure (dont le segment oblique) le met en difficulté pour tracer l'oblique.

La dysgraphie est manifeste (voir [figures 1.26.](#) et [1.27.](#)), sans dysorthographe massive : les règles d'orthographe, de grammaire et de conjugaison sont bien assimilées et mises en œuvre en temps réel. Les erreurs constatées sont du registre de l'oubli de lettres, voire de mot. À noter que Christophe peut débiter l'écriture d'un mot long sans anticiper, à 1 cm du bord droit de la feuille (\rightarrow *d'im*).

La vitesse d'écriture est de cinq mots/minute, moyenne en sixième : $15, \pm 4$, soit < 2 e.t.

Il n'y a pas de dyscalculie spatiale, mais on constate, en temps réel, que Christophe a mis en place spontanément des compensations efficaces (voir [figure 1.28.](#)).

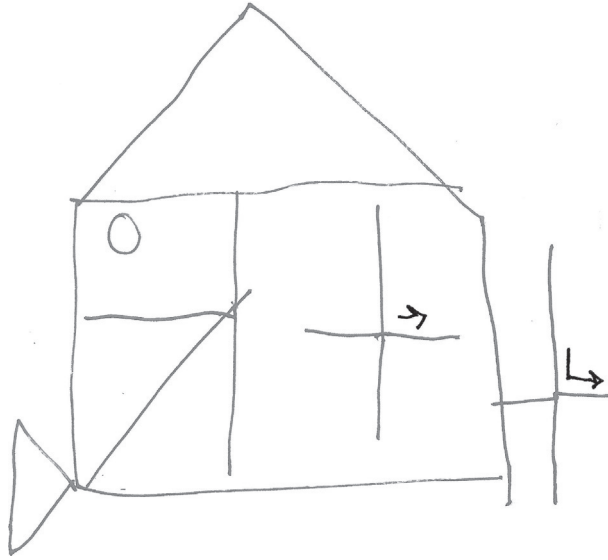


FIGURE 1.24 Réalisation de croix.

Les deux croix, réalisées à quelques secondes d'intervalle, sont de construction très pathologique à cet âge : Christophe ne peut réaliser deux segments sécants et perpendiculaires.

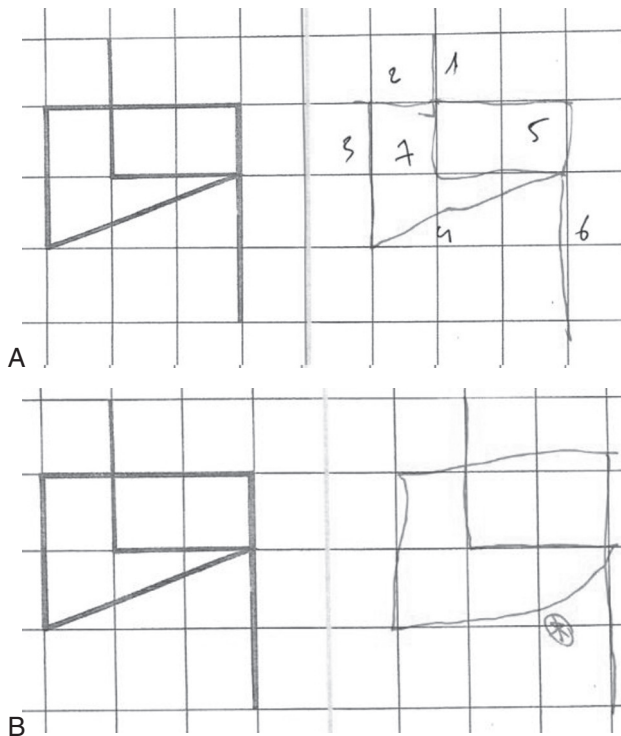


FIGURE 1.25A ET 1.25B Copie (en grisé) d'une figure sur quadrillage.

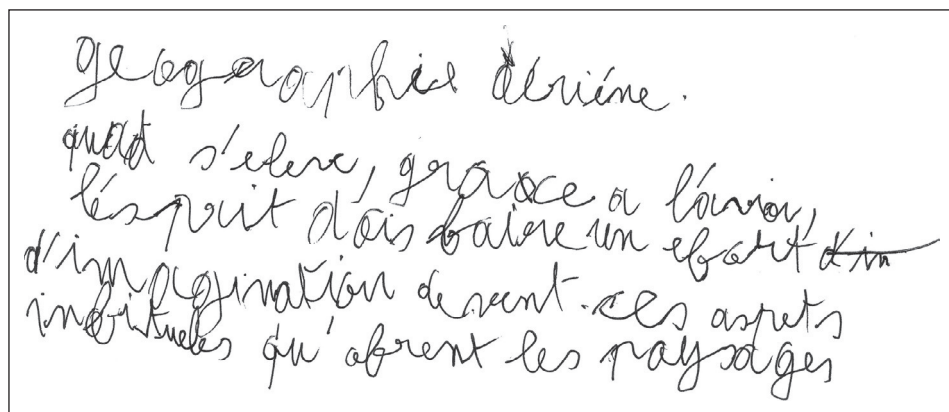


FIGURE 1.26 Dictée : « La géographie aérienne » (voir note 18).

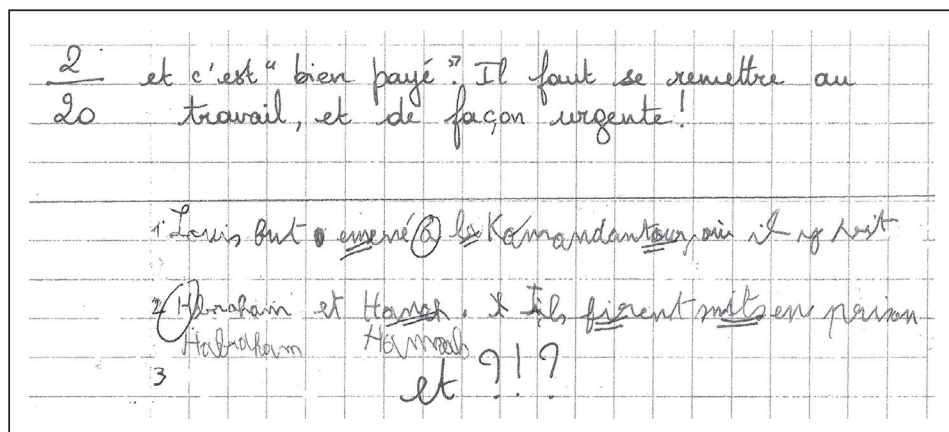


FIGURE 1.27 Conséquences scolaires en classe de sixième.

Appréciation et commentaire d'un professeur.

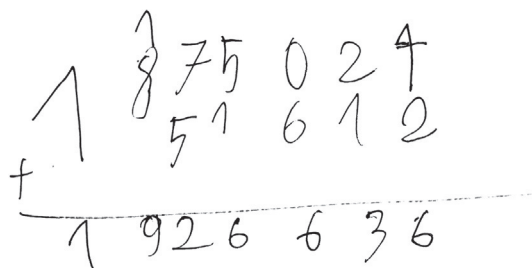


FIGURE 1.28 Compensation « spontanée » des problèmes oculomoteurs et spatiaux.

Attention et concentration intenses, grande lenteur dans l'écriture des nombres et surtout dans l'alignement de ceux-ci (temps de réalisation : 5'35"). Le positionnement correct de chaque chiffre lors de cette addition de grands nombres sera maintes fois vérifié et revérifié, alors que la résolution sera parfaitement et très rapidement réalisée ensuite.

L'évaluation psychométrique sera réalisée quelques mois plus tard (WISC-III, à l'âge de 10,10 ans) (voir [figure 1.29](#)) :

- QIV : 141, QIP : 116 (QIT non interprétable en raison de l'hétérogénéité);
- QIV : information (NS = 16), similitudes (NS = 19), arithmétique (NS = 15), vocabulaire (NS = 18), compréhension (NS = 13), mémoire des chiffres (NS = 11);
- QIP : complètement d'images (NS = 19), code (NS = 6), arrangement d'images (NS = 12), cubes (NS = 13), assemblage d'objets (NS = 11), symboles (NS = 10), labyrinthe (NS = 9).

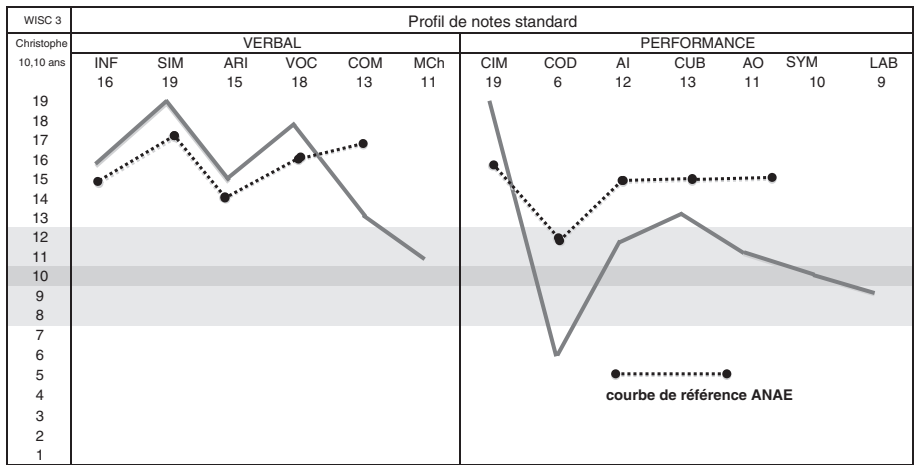


FIGURE 1.29 Christophe, 10,10 ans : WISC-III.

Notes standard s'écartant de la moyenne (± 3 points)	Au-dessus	Similitudes (NS = 19)
	Au-dessous	Arrangement d'images (NS = 12) Assemblage d'objets (NS = 11) Mémoire des chiffres (NS = 11) Symboles (NS = 10) Labyrinthe (NS = 9) Code (NS = 6)
NS significativement faibles par rapport au niveau de conceptualisation verbal	NS en décalage \geq à 6 points par rapport à Similitudes (NS = 19)	Cubes (NS = 13) Arrangement d'images (NS = 12) Assemblage d'objets (NS = 11) Mémoire des chiffres (NS = 11) Symboles (NS = 10) Labyrinthe (NS = 9) Code (NS = 6)

Le décalage de 25 points entre les capacités verbales et les performances est significatif. Le profil dans les épreuves à forte composante praxique et visuo-spatiale s'écarte de la courbe citée en référence. La comparaison entre deux épreuves de facteur g, peu influencées par le milieu culturel et la réussite scolaire, est très significative (similitudes : NS = 19 *versus* cubes : NS = 13). L'épreuve de code reflète les difficultés graphomotrices importantes (code : NS = 6). On retrouve de nouveau une faiblesse relative en mémoire de travail (mémoire des chiffres : NS = 11).

Christophe présente une dyspraxie visuo-spatiale dans le cadre d'un HPI.

Ce jeune garçon a pu pallier l'impact de sa dyspraxie visuo-spatiale en lecture, en arithmétique et en mathématiques grâce à ses performances intellectuelles conceptuelles verbales très fortes. Il reste considérablement pénalisé en écriture et en géométrie (non pas dans la conception, mais dans la réalisation des tracés) et dans certaines matières techniques nécessitant la réalisation de graphiques ou de tableaux complexes.

Évolution

Au collège, il ne prend aucune note, mémorise le contenu des cours uniquement grâce à une écoute attentive. Sa moyenne générale en sixième est de 15,5/20, en quatrième, elle est encore de 14/20 avec une dispersion des notes de 19,4 en mathématiques à 9,75 en éducation physique.

Actuellement en fin de lycée, il va bien, a beaucoup mûri et ses résultats (sa moyenne reste excellente, le plus souvent entre 15 et 17!) permettent d'envisager une orientation vers les métiers du numérique.

Les difficultés persistantes concernent l'organisation dans la feuille, mais aussi à l'ordinateur. Il n'écrit plus que très peu. Il utilise l'ordinateur au clavier pour la prise de notes, les brouillons et les devoirs qui ne nécessitent pas de rapidité. Lorsqu'il doit écrire vite, et/ou en quantité, aux épreuves anticipées du baccalauréat, il dicte à un secrétaire.

Le contournement de l'écrit, dans ce contexte de réussite scolaire, a été proposé (dès la sixième) et lui a permis de s'apaiser après une scolarité difficile en primaire, source de souffrance psychologique.

En résumé

Rappelons que la majorité de ces élèves HPI ne rencontre pas de difficulté scolaire. Les trois patients consultent pour dysgraphie et c'est l'évaluation psychométrique et le profil clinique qui permettent de poser le diagnostic d'HPI. Tous les trois sont dysgraphiques, ce qui n'est bien sûr pas le cas de tous les enfants diagnostiqués HPI.

En cas de plainte dans le secteur graphique, le praticien doit déterminer si l'écriture manuelle présente bien un trouble (par des épreuves étalonnées), c'est-à-dire qu'elle constitue un handicap pour la scolarité.

Il convient aussi de déterminer si la dysgraphie peut être expliquée par une pathologie surajoutée au haut potentiel.

Aubin est pénalisé en situation scolaire par une écriture manuelle lisible mais très lente. Sa vitesse ne progresse pas tout au long de sa scolarité et devient un handicap de plus en plus insurmontable quand la quantité d'écrits s'accroît au collège.

Pascal ne peut pas se relire alors que sa vitesse de réalisation calligraphique est dans la norme.

Christophe est un enfant dyspraxique, *pathologiquement* maladroit. Son trouble graphique s'inscrit dans le contexte de la dyspraxie visuo-spatiale, que l'on peut mesurer quantitativement (voir [tableau 1.1.](#)) et qualitativement. Son écriture est à la fois lente (comme pour Aubin) et de lisibilité délicate (comme pour Pascal), mais au-delà, la réalisation des lettres est chaotique, variable d'un essai à l'autre. Il est fortement gêné dans les activités scolaires à fortes composantes spatiales, en géométrie, en géographie... Dans la vie quotidienne, il ne sait où poser ses doigts et comment se servir d'une flûte, il est incompetent en sport, ne sachant ni réceptionner ni renvoyer un ballon...

Les profils psychométriques de ces trois élèves, comparés au profil type rapporté (Bessou, 2005), montrent la performance beaucoup plus faible au subtest « code », seul subtest graphomoteur dans le WISC : respectivement 5 pour Aubin, 9 pour Pascal et 6 pour Christophe. Cela semble logiquement corrélé à l'existence de ces dysgraphies intenses.

D'autres auteurs ont une autre lecture. Dans un article récent, Liratni et al²¹, indiquent que « les performances moyennes à l'épreuve code des enfants HPI de leur échantillon ne peuvent être attribuées à la composante graphomotrice de l'épreuve ». Pour Bessou (2005), « les résultats à cette épreuve sont à mettre en lien avec le manque de planification par précipitation ou l'impulsivité de ces enfants ».

Il n'existe donc pas de consensus. La constatation d'un score encore plus faible qu'habituellement constaté à l'épreuve code doit attirer l'attention.

TABEAU 1.1. Profils comparés des trois jeunes HPI dysgraphiques.

	Similitudes NS =	Cubes NS =	Assemblage d'objets NS =	Code NS =
Pascal	17	16	16	9
Aubin	19	18	Non réalisé (WISC-IV*)	5
Christophe	19	13	11	6

²¹ M. Litrani, A. Wagner, R. Pry, « Performances d'écriture de 12 enfants à haut potentiel intellectuel », *ANAE*, 116, 2012, p. 86-94.

Les élèves HPI dysgraphiques peuvent compenser efficacement une écriture non rentable scolairement, source d'un handicap, grâce à l'utilisation de l'ordinateur. Mais l'éventail des difficultés diffuse dans d'autres domaines que la seule dysgraphie en cas de dyspraxie visuo-spatiale. Cette dernière entraîne une grande lenteur pour toutes les réalisations, fatigabilité et désorganisation. Il faut en tenir compte. A contrario, on intégrera l'impact positif de la surdouce dans la prise en charge de la dyspraxie visuo-spatiale dont le pronostic devient *ipso facto* plus favorable : les excellentes capacités conceptuelles verbales de Christophe lui permettent de compenser plus aisément certaines des difficultés inhérentes à la dyspraxie visuo-spatiale.

Le trouble graphique sévère et durable rencontre l'accroissement des exigences en quantités d'écrits au cours de la scolarité. Non prise en compte, c'est une situation de handicap scolaire qui s'aggrave.

C'est la situation rencontrée par Aubin et Pascal. Pour Aubin, l'excellent niveau intellectuel permet de compenser les conséquences du trouble dysgraphique dans les apprentissages, et d'attendre le dernier moment pour penser à un outil de compensation faible. Cela n'aurait pas été le cas si le trouble dysgraphique s'était accompagné d'une symptomatologie dyspraxique. Pour Pascal, quand comprendre et retenir grâce à l'écoute orale en cours ne suffit plus, c'est sa demande qui impose le recours à l'ordinateur. Ces deux élèves sont rattrapés par le niveau d'exigences en termes d'écriture manuelle en fin de collège : Aubin ne termine pas, Pascal ne peut se relire. Pour Christophe, le diagnostic de dyspraxie visuo-spatiale a permis de mettre en place le contournement de l'écrit plus précocement, et avec une dyspraxie visuo-spatiale bien prise en compte, l'évolution ultérieure n'est pas différente de celle des deux autres garçons. Il obtiendra une moyenne supérieure à 16 au baccalauréat et, très fier de sa mention très bien, poursuit des études supérieures.

Point d'orgue

Les dysgraphies sont un symptôme peu spécifique, présent dans de nombreuses pathologies. Il importe d'en faire le diagnostic différentiel.

On retiendra surtout :

- en ce qui concerne *la dysgraphie des jeunes dits « à haut potentiel »* : réputée fréquente, elle n'est cependant pas obligée ; quand elle est présente, elle peut être isolée (*voir* Aubin et Pascal) ; dans ces cas, elle ne signe pas une dyspraxie ;
- en ce qui concerne *la dysgraphie des TDA/H* (*voir* [figure 1.3b.](#)), elle a des caractéristiques cliniques différentes, mais c'est surtout son contexte (les signes associés) qui en permet le diagnostic ;
- enfin, en ce qui concerne *la dysgraphie dyspraxique* (*voir* Lucie et Joshua) : au-delà de la qualité apparente du graphisme, c'est son automatisation et sa « rentabilité » scolaire qui devront être évaluées, afin de limiter au maximum les situations de double-tâche qui, peu à peu, risquent de ruiner la scolarité.

Les aides proposées doivent être *très différenciées* en fonction du diagnostic. Elles doivent être pensées *au cas par cas*, en fonction de l'intensité du trouble, du pronostic scolaire, de la nature de la tâche graphique, des projets personnels et professionnels. Elles doivent évoluer avec les exigences scolaires, et font l'objet d'ajustements permanents.

Dans tous les cas, c'est *le handicap* généré par la dysgraphie qui doit être évalué et compensé (et non le déficit).

CHAPITRE 2

Les pièges diagnostiques

Préambule

Le diagnostic de dyspraxie requiert une méthodologie longue et rigoureuse dont beaucoup cherchent à s'affranchir, souvent par souci de répondre plus rapidement aux demandes pressantes des familles ou des administrations qui arguent d'une « urgence » apparente : une décision de maintien ou de passage dans la classe suivante, une réunion en vue de la constitution du dossier MDPH ou d'un PPS²², etc.

Or toute application approximative du protocole diagnostique, toute imprécision, tout manquement risquent de conduire à une erreur diagnostique dont les conséquences peuvent être graves (errements thérapeutiques, échec scolaire indu, orientation inadaptée, etc.).

Pierre (*voir* cas clinique 1) illustre cette situation d'une démarche diagnostique incomplète conduisant à une impasse.

Nous avons ici regroupé d'autres observations qui illustrent ces difficultés diagnostiques, en particulier lorsqu'il faut trancher entre dyspraxie et/ou syndrome dys-exécutif (*voir* Augustin, cas clinique 2 ; *voir* Lionel, cas clinique 3), les hésitations avec des diagnostics de déficience mentale (*voir* Dimitri, cas clinique 4) ou des comorbidités de dys- (*voir* Caroline, cas clinique 5).

Pierre : les effets d'une démarche diagnostique tronquée

Pierre a 6 ans lorsqu'il consulte. Cette première visite est motivée par une souffrance scolaire liée à des difficultés à trouver sa place en collectivité. Dès notre première rencontre, les deux parents présents évoquent le fonctionnement anxieux, l'inappétence pour la vie en collectivité et des réactions qualifiées de « phobiques ».

²² Projet personnalisé de scolarisation.

Cependant, d'emblée, les compétences de Pierre pour la communication paraissent évidentes : c'est un enfant de bon contact, appétant pour la communication et l'échange. Pierre est aussi un enfant conscient de ses difficultés : il évoque clairement son sentiment d'être différent de ses camarades.

Contexte de naissance et développement

Pierre est l'aîné d'une fratrie de deux enfants. Sa sœur, de deux ans sa cadette, ne présente aucune difficulté particulière. Le contexte de naissance de Pierre est marqué par un séjour en néonatalogie du fait de l'apparition, à 2 jours de vie, d'un pneumothorax qui s'est compliqué d'un coma imposant le transfert en urgence en néonatalogie. Après une hospitalisation d'une dizaine de jours, Pierre a pu intégrer le domicile familial.

Lors de ce premier rendez-vous néanmoins, le développement est décrit comme ayant été normal :

- la marche a été acquise à 14 mois ;
- le langage est apparu précocement ;
- un enfant de très bon contact relationnel ;
- absence de trouble alimentaire et de sommeil.

En somme, Pierre a été un bébé très agréable.

Cependant, au terme du troisième entretien, le père évoquera son questionnement face à son fils : un enfant calme. Très calme. Se souvenant de ses impressions lors des acquisitions motrices, il parlera de « léger retard » comparativement aux enfants qu'il côtoyait. L'épisode très traumatique de coma dans la petite enfance constituait un élément central dans l'imaginaire parental.

Le père décrira son doute, silencieux et discrètement présent depuis le plus jeune âge de Pierre : la question d'un éventuel retard de développement le taraudait. Mais les grandes qualités relationnelles de Pierre avaient pour effet de le rassurer. Pierre a donc grandi et a été scolarisé à 3 ans comme tous les enfants.

Dès la première année de scolarité (petite section de maternelle), Pierre présente des difficultés à s'intégrer parmi ses pairs : il ne court pas comme les autres et semble ne pas du tout s'intéresser aux activités proposées : les histoires racontées par l'enseignante sont son seul centre d'intérêt.

En moyenne section de maternelle (MSM), les choses se gâtent :

- isolement dans le groupe classe ;
- désintérêt total pour les activités motrices ;
- inappétence pour les activités graphiques ;
- souffrance scolaire avec ses pairs.

L'enseignante interprète ces comportements comme l'expression d'un trouble psychologique et/ou d'une immaturité. Durant cette période, chacun semble considérer que Pierre finira bien par s'adapter au cadre scolaire et que le plaisir d'écrire, de dessiner arrivera bien tôt ou tard, avec un peu de patience... et de fermeté.

Mais les choses basculent le jour où Pierre, échappant à la surveillance de l'enseignante durant une récréation, quitte tout seul l'école pour rentrer chez lui. Cet événement, traumatique pour les parents, les confortera dans une lecture psychodynamique des difficultés de leur enfant : désormais, il est entendu que Pierre est déprimé et phobique. Les parents consultent alors une pédopsychiatre qui proposera un accompagnement psychothérapique familial.

Après quelques mois d'entretiens psychothérapiques, le bilan scolaire transmis aux parents par l'enseignante souligne :

- des difficultés graphiques importantes ;
- une inappétence scolaire ;
- un bon niveau de compréhension ;
- de très bonnes compétences relationnelles avec l'adulte.

Les difficultés de Pierre posent problème et de toute évidence ne s'améliorent pas depuis l'engagement du soin psychique. Un bilan psychométrique est donc préconisé et proposé à la famille.

Le premier bilan psychométrique (WISC-IV)* transmis à la famille témoigne de résultats homogènes (écarts < 15 points) :

- le score global des épreuves verbales = ICV = 103 ;
- le score global des épreuves perceptives = IRP = 92.

Les professionnels concluent donc à :

- l'absence de dissociation significative ;
- un niveau d'efficacité normal ;
- des compétences cognitives globalement satisfaisantes.

Hélas, ces résultats n'expliquent pas du tout les difficultés de Pierre.

Dans le même temps, les parents, ne voyant pas d'amélioration notamment dans le domaine de l'appétence scolaire, décident de changer d'équipe thérapeutique.

La plainte de Pierre est immuable : elle traduit un refus d'être scolarisé, un sentiment d'isolement associant désormais un fort sentiment d'échec provoquant en retour une dévalorisation de lui-même très importante.

Première consultation

Lors de la première consultation au sein de cette nouvelle équipe, la famille est désemparée, fatiguée, inquiète, et l'enfant est franchement déprimé, apparaissant très mature et conscient de ses difficultés qu'il évoque sans détour.

Pierre se plaint de ses difficultés scolaires et surtout de son sentiment d'être différent. Il évoque avec beaucoup d'émotion son échec massif à s'intégrer parmi ses camarades. Isolement, phobie, difficulté d'intégration, analyse du bilan pratiqué par la psychologue scolaire, etc.

La nouvelle équipe maintient sa lecture psychodynamique et conclut à une dépression du jeune enfant. Les choses se poursuivent donc sur un mode très préoccupant, associant une scolarisation très insatisfaisante et une famille de plus en plus déprimée.

Évolution dans le domaine scolaire

En milieu d'année de CE1, de nouveaux symptômes apparaissent : Pierre s'inscrit dans un oppositionisme systématique et développe une phobie scolaire. Angoisse de séparation, perturbation des compétences relationnelles : rêverie, insolence, transgression sont le lot du quotidien scolaire.

Sur le plan des apprentissages, l'enseignante insiste sur la dégradation du graphisme et évoque désormais des difficultés majeures en mathématiques (voir [figure 2.1](#)). À la fin de l'année scolaire, le père annonce qu'un redoublement est conseillé par l'école. L'ensemble de ces éléments font douter du bien fondé du projet thérapeutique engagé.

Pierre est lent et ne réussit guère à suivre le rythme des enfants de sa classe. Malgré un graphisme parfois acceptable, il se fatigue vite et constate avec grande déception que les résultats de ses efforts ne sont pas à la hauteur de ses attentes. La tolérance et les encouragements de l'enseignante ne sont pour lui au bout du compte qu'une sorte de pointage supplémentaire de ses difficultés.

L'échec scolaire commence à poindre de façon plus évidente, surtout dans le domaine des mathématiques où Pierre est en échec total :

- il ne réussit pas à retenir les tables de multiplication ;
- le principe de la pose d'opérations reste pour lui très mystérieux et hasardeux.

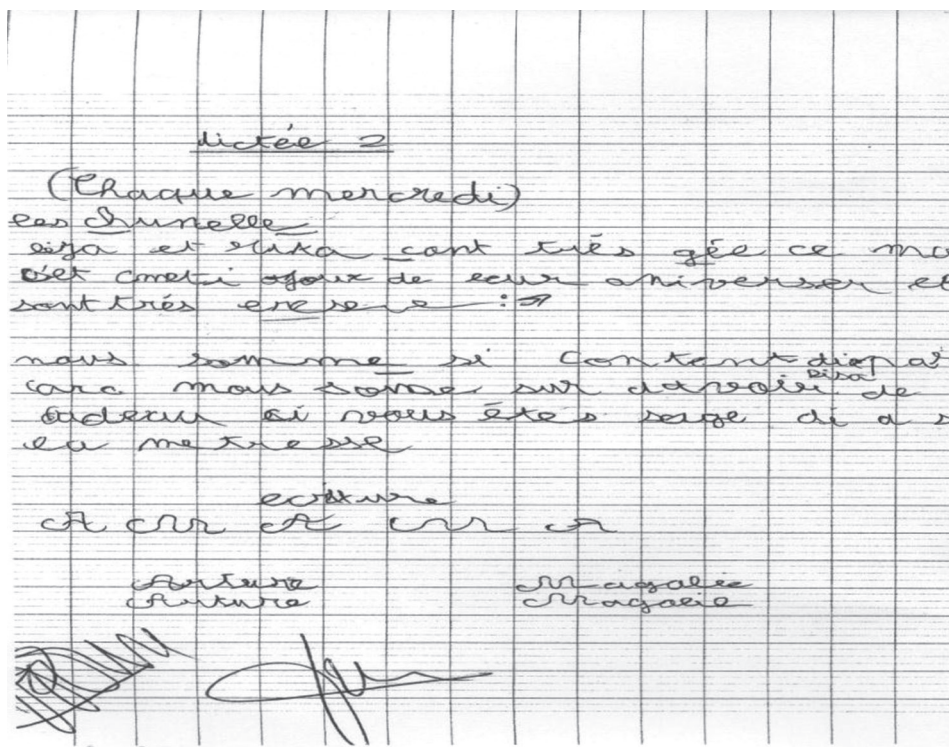


FIGURE 2.1 Exemple du graphisme de Pierre.

Son graphisme ne paraît pas très pénalisé au début du texte. On peut noter la dégradation rapide après quelques lignes.

Désormais, ce jeune garçon est complètement convaincu que l'école n'est pas faite pour lui : la dévalorisation de lui-même est à son comble. Pierre oscille alors entre provocation et quête affective...

Au cours du CE1, la situation se dégrade encore : apparaissent désormais des difficultés en orthographe. Ces difficultés finissent par décourager l'enfant et l'enseignante qui, malgré toute sa bonne volonté, ne comprend pas comment ce jeune garçon, intelligent *a priori*, peut rencontrer de tels échecs (voir [figure 2.2](#)).

C'est le moment où les choses basculent peu à peu dans l'esprit des pédagogues autour de Pierre. Ils commencent à douter de ses compétences intellectuelles et de sa bonne volonté.

Dans le même temps, l'équipe de professionnels du soin ne comprend pas non plus comment et pourquoi les symptômes supposés dépressifs ne cèdent pas au traitement psychothérapique. Face à l'absence de signes d'amélioration de l'appétence scolaire, de l'estime de soi ou des relations avec les pairs, l'équipe est perplexe et commence à se sentir démunie face à la pérennisation symptomatique qu'elle ne comprend plus.

Entretiens avec les parents, psychothérapie individuelle : décidément, Pierre n'entre pas dans le profil de patient susceptible de présenter un trouble de la personnalité, et pourtant, la situation semble bloquée.

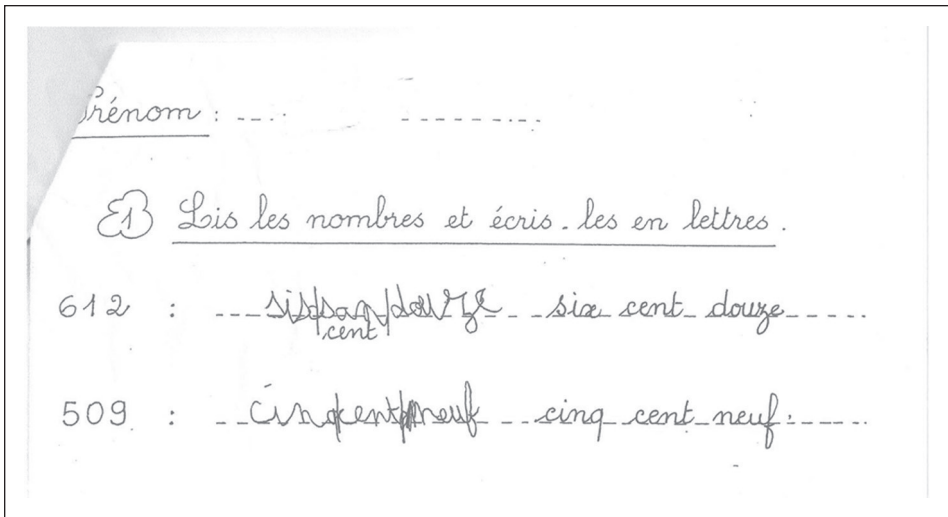


FIGURE 2.2 Les difficultés en mathématiques.

Première bascule dans la compréhension du trouble

L'équipe décide alors de reprendre les investigations puisque le diagnostic ne correspond pas au tableau clinique. La psychologue scolaire qui avait assuré le premier bilan psychologique est sollicitée afin qu'elle transmette l'intégralité des résultats : ce bilan que nous avons considéré comme « normal » du fait de l'absence de dissociation QIV/QIP.

Cette fois, nous observons trois épreuves en décalage par rapport à l'ensemble des autres épreuves :

- COD, NS = 7;
- ARI, NS = 8;
- CUB, NS = 7.

Les épreuves conceptuelles sont réussies :

- SIM, NS = 10;
- COM, NS = 10;
- CIM, NS = 12.

Entre-temps, un complément d'investigation est mené par la psychologue scolaire par la pratique du KABC* :

- les épreuves simultanées sont échouées et hétérogènes;
- les épreuves séquentielles sont dans la norme *mais* « mouvements de mains » est échoué;
- les épreuves de lecture et de mathématiques sont massivement échouées, qualitativement en raison des difficultés visuo-spatiales.

La psychologue souligne une préservation des connaissances générales. Les épreuves échouées sont donc à forte composante visuo-spatiale.

Conclusion du bilan :

- préservation des compétences verbales et conceptuelles;
- échec aux épreuves praxiques et spatiales;
- dysgraphie et dyscalculie spatiale.

Le *diagnostic de dyspraxie* est enfin posé après deux ans et demi de prise en charge. Pierre est alors en échec scolaire, il s'apprête à redoubler son CE1.

L'annonce diagnostique incite les parents à changer d'école, pour l'intégrer dans une école qui s'engage à aménager sa pédagogie.

Les parents et Pierre soufflent, ils vont enfin pouvoir « poser leurs valises ». Malheureusement, les choses se compliquent très vite car les difficultés de Pierre s'avèrent plus importantes que prévues :

- du fait de l'augmentation des exigences scolaires, le graphisme est de plus en plus pénalisé et difficilement utilisable;
- les mathématiques sont aussi une source de difficultés majeure;
- la vie quotidienne pose de nombreux problèmes : le sport, la cantine, la préparation du cartable, l'organisation générale.

Tout cela va concourir à compliquer grandement l'intégration de Pierre dans ce nouvel établissement pourtant très investi par l'enfant et sa famille.

Simultanément, le projet thérapeutique est modifié et désormais centré sur les difficultés d'apprentissage :

- engagement d'une rééducation du langage centrée sur la dysorthographe;
- engagement d'une rééducation ergothérapique dans le but de l'apprentissage de l'outil informatique;
- poursuite d'entretiens psychothérapeutiques pour aider Pierre à faire face à ses difficultés.

Le projet thérapeutique intègre une collaboration accrue avec l'équipe pédagogique par des temps d'échange et de réflexion pluridisciplinaires.

L'impression de réponse au coup par coup est l'illustration du manque d'anticipation des professionnels du fait de leur méconnaissance du trouble et de la nécessaire spécificité de sa prise en charge.

Quant aux aménagements pédagogiques, ils étaient compliqués à mettre en œuvre car l'équipe pédagogique découvrait elle aussi l'impact des difficultés sur les apprentissages : le clavier n'était pas maîtrisé, les adaptations nécessitaient beaucoup de préparation et la demande d'attribution d'une auxiliaire de vie scolaire n'avait bien entendu pas été envisagée à ce stade, du fait aussi d'une absence d'anticipation et de maîtrise de l'évolution des difficultés.

Néanmoins, suite à l'annonce du diagnostic, une petite amélioration était notable : la compréhension des difficultés avait provoqué indéniablement un soulagement pour Pierre et sa famille.

Le second CE1 a donc permis de rattraper un peu les lacunes et surtout que Pierre se sente compris. Malgré l'acceptation des outils de compensation, le positionnement très volontariste de l'équipe pédagogique – qui maintenait son enthousiasme à encourager Pierre à faire toujours plus d'efforts, pour être « comme les autres » – compromettait l'acceptation par Pierre des aménagements proposés.

Finalement la question posée était celle de la volonté de Pierre. Le paradoxe était très douloureux et terrible pour lui : alors que le diagnostic était juste, posé et reconnu, la situation continuait de s'aggraver.

Reconsidération du problème

Cette situation quasiment catastrophique nous imposait une nouvelle fois de reconsidérer le problème.

L'équipe thérapeutique décide alors d'interroger l'échec de Pierre non plus en termes diagnostiques mais en termes institutionnels. Une orientation vers une structure comprenant une classe spécialisée dans les troubles d'apprentissage, un centre d'adaptation et de rééducation fonctionnelle, est proposée.

La rentrée de CM1 arrive, Pierre intègre ce centre. Les parents donnent des nouvelles : l'amélioration psychologique est évidente d'emblée, Pierre est content, ses états dépressifs semblent loin désormais.

Mais après quelques mois de prise en charge, l'équipe du centre nous contacte et nous indique que les apprentissages restent laborieux malgré les aménagements cette fois parfaitement adaptés.

Pierre reste en échec, il est fatigable et ne développe pas les compétences attendues par l'équipe.

Un nouveau bilan neuropsychologique est pratiqué au sein du centre d'adaptation et de rééducation. Outre la dyspraxie visuo-spatiale, ce bilan montre un déficit majeur en *mémoire de travail*. Or, la mémoire de travail est une compétence majeure utilisée spontanément par les enfants dyspraxiques pour pallier leur handicap. C'est aussi un levier compensateur très utilisé en rééducation.

Le déficit de Pierre en mémoire de travail explique la pérennité des difficultés d'apprentissage malgré une pédagogie et des rééducations adaptées à la dyspraxie.

Aujourd'hui

Pierre a 13 ans, il est en cinquième en UPI-4²³ spécialisée dans la prise en charge de troubles moteurs : ces structures sont très expérimentées dans le domaine de la dyspraxie.

Il bénéficie d'une prise en charge complète dans le domaine des aménagements pédagogiques : certaines matières sont enseignées au sein de l'UPI, comme les mathématiques, le français, et aussi l'anglais ; d'autres sont assurées en inclusion au sein du collège. Il bénéficie en outre de rééducations orthophonique, ergothérapique et kinésithérapique.

Cette UPI est à trois heures de route du domicile familial, ce qui entraîne une souffrance importante, tant pour Pierre que pour ses parents. Cet éloignement géographique semble mettre actuellement en péril l'organisation de la scolarité de Pierre, malgré des acquisitions scolaires satisfaisantes (compte tenu de ses troubles).

Pierre est emblématique de toute une série d'enfants dont la pluralité des troubles n'est pas mise à jour : ici, l'analyse des données du bilan s'est limitée dans un premier temps aux chiffres globaux de l'échelle de Wechsler et, par conséquent, à une lecture centrée sur les troubles les plus apparents. La démarche diagnostique doit permettre de repérer précisément les zones de compétences et de difficultés.

En outre, avec plus d'expérience, nous aurions pu être alertés d'emblée sur le déficit de la mémoire de travail.

En résumé

L'histoire de Pierre est une histoire exemplaire à plusieurs niveaux :

- elle insiste sur l'intérêt de bilans étalonnés dans l'évaluation des compétences et des difficultés ;
- elle incite à se méfier des apparences : un WISC quasi homogène, un enfant abattu sur le plan psychique, un diagnostic de dépression, une psychothérapie n'ayant pas l'effet escompté ;
- elle souligne la nécessité absolue d'une collaboration étroite avec le milieu scolaire. Parce que ces pathologies s'expriment en priorité dans le cadre scolaire, elles doivent trouver au sein de l'école une compréhension et une prise en charge adéquates.

²³ Ces dispositifs EN spécialisés, actuellement dénommés « ULIS » (ex. UPI), existent au sein du collège : les jeunes sont regroupés à certains moments, en fonction de leur handicap et de leurs besoins, sous la responsabilité d'un enseignant spécialisé. « UPI-4 » désignait ces dispositifs dédiés aux jeunes handicapés moteurs et/ou dyspraxiques.

Augustin, un diagnostic initial de dyspraxie...

Augustin est vu à la demande de ses parents, sur les conseils de son instituteur qui suspecte une dyspraxie.

Présentation

Ce petit garçon, second d'une fratrie de deux enfants, est vu en consultation à l'âge de 8 ans. L'anamnèse n'est pas contributive :

- naissance eutocique à terme, 3,6 kg, 51 cm, césarienne prévue et réglée ;
- première enfance : marche à 14 mois, langage bien mis en place à l'arrivée en maternelle à 2,5 ans ;
- antécédent de difficulté scolaire pour l'aîné qui est en classe de troisième au collège. Il aurait eu le même type de problèmes qu'Augustin (mais non investigués).

Dès la maternelle, on constate un enfant en retrait par rapport à ses pairs, qui n'entre pas convenablement dans les activités gestuelles en raison de difficultés d'habiletés manuelles. La maladresse et la lenteur sont mises en avant. À la maison, il peut utiliser les couverts mais préfère encore manger à l'aide des mains. On indique un problème persistant pour l'habillage. Augustin n'a jamais joué aux jeux de construction.

Au moment de la consultation, Augustin est scolarisé en CE2 dans une classe regroupant tous les élèves de cycle 3 (CE2, CM1 et CM2). On parle de grande difficulté scolaire. L'enseignant considère que la classe à trois niveaux est pénalisante pour lui et Augustin se disperse vite. Mais le maître constate qu'avec son aide, dans de bonnes conditions, Augustin est performant.

Augustin est donc présenté, par la famille et par l'enseignant, comme un « élève dyspraxique », pour lequel les aménagements scolaires en rapport avec la « dyspraxie » sont efficaces. L'enseignant l'interroge d'ailleurs à l'oral et pour les contrôles écrits, il se place à côté de lui et écrit à sa place.

Consultation dans le service

Augustin, très à l'aise en verbal, s'est montré bien concentré et bien dans la relation pendant près de deux heures. Ceci a considérablement étonné son papa qui l'accompagne. À la maison, il « papillonne » constamment, il bouge beaucoup. Pour sa maman, obtenir la disponibilité et la concentration nécessaires aux devoirs n'est pas chose aisée.

Augustin porte une correction optique pour une légère hypermétropie, sa vision est fonctionnelle de près et de loin, on ne note pas de difficulté de reconnaissance gnosique des images.

- *L'oculomotricité* montre une bonne convergence, une capacité d'organisation efficace des poursuites et des saccades. Il a bénéficié de rééducation orthoptique (nous n'obtiendrons pas de compte-rendu).
- *Les constructions* à partir de matériel simple, tour de cubes et pyramides, sont correctement réalisées avec les deux mains.

- Droitier, il est très lent dans *les tâches graphiques*, se tenant près de sa feuille, crispé, appuyant très fort sur le crayon. Les copies de figures s'avèrent de réalisation difficile.
- *En lecture* de texte (ELFE*) la vitesse de lecture, reflet de son automatiser, le situe au centile 5 des CE1, alors qu'en lecture de mots isolés (ODEDYS*) il n'existe qu'un léger décalage par rapport à la norme. Cette dissociation pourrait suggérer que les voies analytique et globale de la lecture sont efficaces et que seule la situation d'appréhension globale d'un texte lui pose problème.
- Il présente *une dysorthographe* et ne peut appliquer, en situation de dictée, les petites règles simples qu'il connaît pourtant bien (voir [figure 2.3.](#)) : la différenciation « et/est », analysée par Augustin à l'oral dans l'expression « le ciel est bleu », s'avère correctement épelée, mais, en dictée, on constate trois graphies différentes pour ce même « est » : *é/et/ét*.

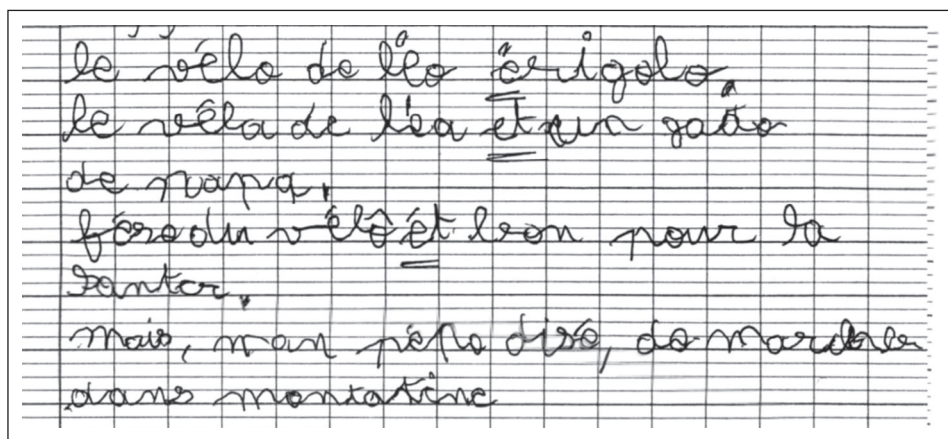


FIGURE 2.3 Augustin, dictée.

Sur les supports scolaires qui nous ont été transmis par l'enseignant, on constate une écriture de mauvaise qualité. Il est encore peu à l'aise pour l'écriture des lettres. Certaines lettres simples sont automatisées (o), mais d'autres sont encore décomposées, sans automatiser des liaisons entre les éléments constitutifs (a). La dysgraphie est très prégnante, même pour remplir à l'aide de simples croix un tableau à double entrée. L'enseignant écrit beaucoup à sa place et de nombreuses tâches sont préparées sur des supports aérés, avec moins d'items, pour être plus faciles à traiter.

Bilans préalables à la consultation

Un bilan psychométrique (WISC-IV*) a déjà été réalisé par la psychologue scolaire, à l'âge de 6,11 ans). Les notes d'indices (voir [figure 2.4.](#)) se répartissent ainsi : indice de compréhension verbale (ICV) = 106 ; indice de raisonnement perceptif (IRP) = 109 ; indice de mémoire de travail (IMT) = 88 ; indice de vitesse de traitement (IVT) = 64.

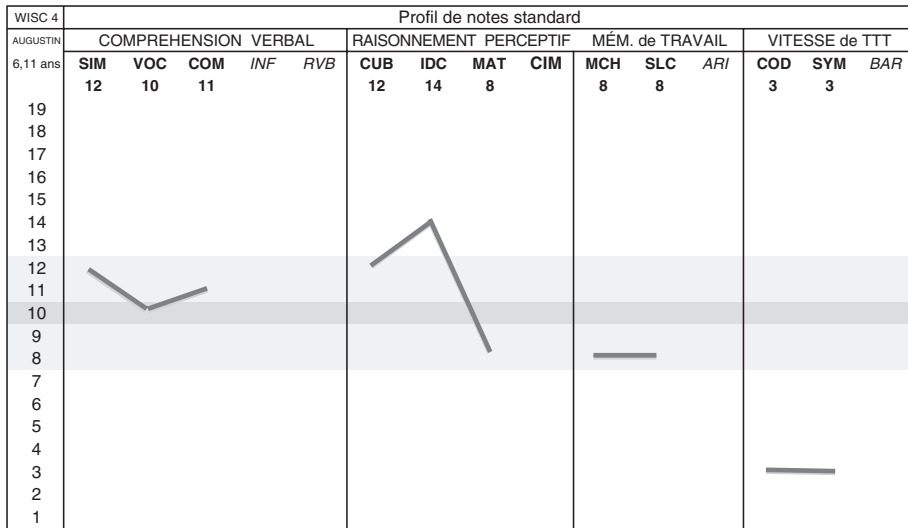


FIGURE 2.4 Augustin, 6,11 ans : WISC-IV*.

Notes standard s'écartant de la moyenne	Au-dessus	Similitudes (NS = 12) Cubes (NS = 12) Identification de concepts (NS = 14)
	Au-dessous	Code (NS = 3) Symboles (NS = 3)
Notes significativement faibles par rapport au niveau de conceptualisation	NS en décalage d'au moins 6 points par rapport à Similitudes (NS = 12)	Code (NS = 3) Symboles (NS = 3)

Les conclusions de la psychologue scolaire étaient les suivantes :

- niveau d'intelligence normal, voire supérieur, dans les tâches de conceptualisation et de raisonnement ;
- indice de vitesse de traitement significativement plus bas en raison de difficultés graphiques ;
- réussite aux « Cubes » qui pose la question de la dyspraxie malgré une réelle maladresse par ailleurs.

Dans les conclusions d'évaluation des professionnels libéraux :

- le psychomotricien parle de *légère* dyspraxie ;
- l'ergothérapeute s'étonne de résultats à certains items de la NEPSY-I* qui interpellent par rapport à la dyspraxie annoncée : copie de figures (NS = 10), flèches (NS = 14), cubes (NS = 9).

Devant ces questionnements, en accord avec la famille, Augustin va bénéficier d'épreuves complémentaires avec les professionnels du service de soins.

Bilans complémentaires

Le bilan complémentaire neuropsychologique, passé à l'âge de 8,2 ans, se déroule en trois séances, au sein de l'école. Il comporte quelques items choisis dans les échelles de Wechsler qui interrogent l'hypothèse de la dyspraxie et des subtests complémentaires choisis dans la NEPSY-I* et la TEA-Ch*.

Augustin se montre anxieux en situation de test. Il se révèle très concentré lors de certaines tâches, mais pour d'autres, il peut montrer un décrochage attentionnel et une importante agitation motrice (jusqu'à se lever). Augustin va souvent s'intéresser à ce qui se passe dans la classe adjacente. Il est noté une fatigue inhabituellement précoce et importante. Lors de la deuxième séance, après 45 minutes d'épreuves, Augustin a besoin de faire une pause. On retrouve une grande lenteur d'exécution qui le pénalise dans beaucoup d'épreuves, mais, dans de nombreuses autres, on note une impulsivité cognitive qui se caractérise par des réponses données sans réfléchir ou des changements de réponses intempestifs (survenant parfois après un premier résultat correct).

Certains subtests des échelles de Wechsler sont reproposés :

- WISC-IV* : cubes, NS = 10 ;
- WISC-III :
 - Assemblage d'objets, NS = 6. Augustin est en difficulté dès l'item d'exemple. Il procède par essai/erreur, n'a aucune stratégie,
 - Complètement d'images, NS = 13. Augustin est très performant dans cette épreuve, mais une fatigabilité s'installe au vingtième item. Il alterne alors réussites et échecs,
 - Mémoire des chiffres, NS = 8, empan à l'endroit 5, à rebours 3.

Voici, dans le tableau ci-après, les résultats obtenus aux subtests sélectionnés dans la NEPSY-I*.

Analyse qualitative (NEPSY-I*) : dans toutes les épreuves, on note une impulsivité prégnante (voir [figure 2.5](#)).

- Fluidité verbale : il est difficile pour Augustin de changer de stratégie d'évocation lexicale pour les fluences littérales. En effet, il ne trouve que des mots commençant par « sa » ou « ma » quand il lui est demandé de donner des mots commençant par « s » ou « m ».
- Copie de figures (voir [tableau 2.1.](#)) : il bâcle ses productions. Les réalisations sont approximatives dès les premières figures simples. Il a conscience de ses productions incorrectes.
- Flèches : il a tendance à répondre très rapidement aux items sans réfléchir en donnant d'abord une bonne réponse pour la modifier ensuite.
- Fluidité de dessins (voir [figure 2.6.](#)) : dans la partie où les points à relier sont positionnés de manière aléatoire, Augustin va *persévérer* dans les dessins qu'il réalise. Il s'aperçoit qu'il n'arrive pas à modifier son tracé d'une case à l'autre, il commence toujours de façon identique (noté pour plus de clarté en surligné jaune ci-dessous). Les réalisations 1 et 3 sont identiques.
- Attention visuelle : en attention divisée, Augustin ne met pas en place de stratégie efficace. Il fait de nombreux commentaires sans rapport avec l'épreuve.

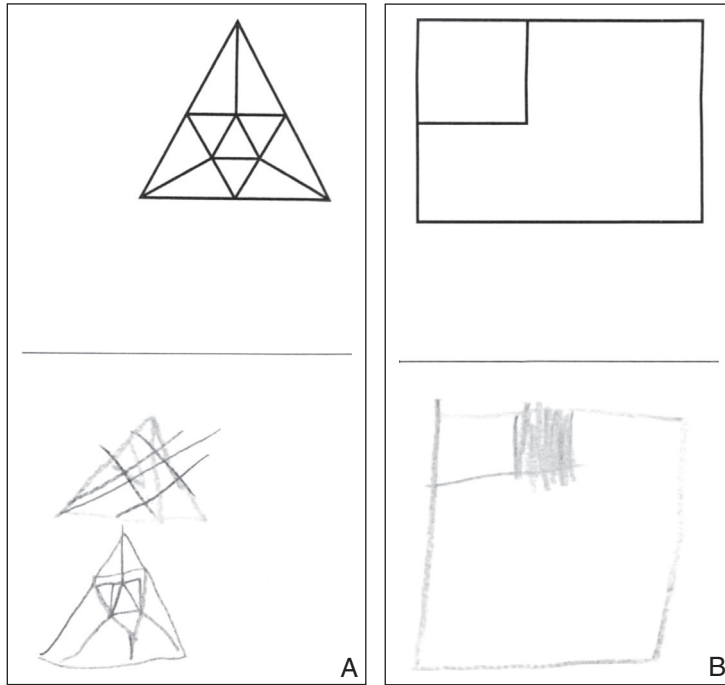


FIGURE 2.5A ET 2.5B Augustin, Copie de figures (NEPSY-I*).
On peut noter la réalisation impulsive et la reprise immédiate ou l'autocorrection : un rectangle au lieu d'un carré.

TABEAU 2.1. Résultats d'Augustin à la NEPSY-I*.

Domaines	Subtests	NS (ou rang percentile : rp)
Attention et fonctions exécutives	Tour	13
	Attention auditive et réponses associées	7
	Attention visuelle	4
	Fluidité de dessins	4
	Statue	rp : 11-25 %
Langage	Fluidité verbale	8
Fonctions sensorimotrices	Tapping	10
	Imitation positions mains	11
	Précision visuo-motrice	7
Traitements visuo-spatiaux	Copie de figures	9
	Flèches	15
	Cubes	14
Mémoire et apprentissages	Visages	14
	Prénoms	8
	Mémoire narrative	9
	Répétition phrases	14

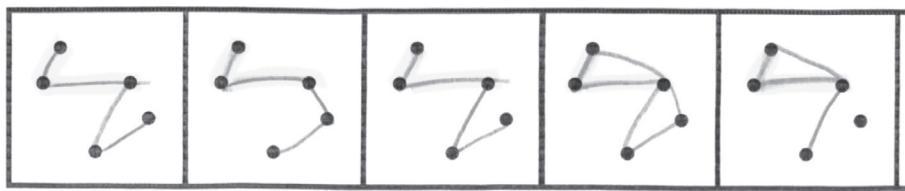


FIGURE 2.6 Fluidité de dessin et persévérations.

• **Impulsivité** : l'épreuve de la Statue est difficile (résultat : rang centile 11–25) . Lors de cette épreuve, Augustin est conscient qu'il doit faire preuve d'une extrême concentration, mais lorsqu'on frappe sur la table, il va ouvrir les yeux et sourire, de même lorsqu'on lui parle.

• Les fonctions mnésiques sont plutôt bien préservées malgré le déficit attentionnel, par exemple dans le subtest Mémoire narrative. Lorsque l'encodage de l'information est intermodal (visuel et auditif), Augustin se retrouve davantage en difficulté, mais il obtient une performance dans la moyenne. À noter également qu'il réalise des intrusions et des persévérations dans ce type d'épreuves.

• **Attention et fonctions exécutives** : on utilise la TEA-Ch* (voir [tableau 2.2.](#)).

Analyse qualitative : on note, l'attention n'étant engagée que sur un seul stimulus, une franche dissociation entre attention auditive *versus* attention visuelle. On relève (notées* dans le tableau ci-dessus) des capacités de mobilisation en situation d'attention divisée qui contrastent avec les résultats plus faibles en modalité simple. Idem dans « mondes contraires », quand il doit inhiber la réponse automatique.

TABLEAU 2.2. Augustin, TEA-Ch* : tableau récapitulatif des résultats.

Domaines	Épreuves	Résultats en % cumulés ¹
Attention sélective	Recherche dans le ciel Carte géographique	37 (T = 10, A = 10) 1
Attention divisée	Faire deux choses à la fois Écouter deux choses à la fois	15 63*
Contrôle attentionnel	Les petits hommes verts	36 (T = 15)
Inhibition	Marche arrête	<i>Non proposé</i>
Flexibilité	Mondes contraires	Endroit = 10 Envers = 25*
Attention soutenue	Coups de fusil Transmission de codes	18 <i>Non proposé</i>

Notes en pourcentages cumulés, T = temps, A = note d'attention.

¹ Cela permet de calculer la fréquence cumulée. La dernière valeur est toujours égale à 100 %. Cela facilite la comparaison des données.

Ces réussites paradoxales sur un temps bref interrogent surtout sur l'impossibilité probable d'une telle « performance » en classe, sur un temps plus long, d'autant que l'on relève une fatigue très importante au cours de ces épreuves.

L'impulsivité cognitive est le domaine cognitif le plus fortement touché chez Augustin. Ce déficit est mis en évidence dans nombre d'épreuves proposées :

- *Test d'appariement d'images** : cette tâche met en évidence l'impulsivité cognitive, il peut même proposer à nouveau des réponses pour lesquelles on lui a indiqué qu'il faisait fausse route.
- *Figure de Rey** (copie, voir [figure 2.7.](#)) : centile 10. Augustin présente une rapidité d'exécution (4 minutes, > centile 100). C'est cette précipitation qui le pénalise dans cette épreuve, les traits ne sont pas tracés correctement : dépassement, figures non fermées, etc.

Conclusion des évaluations complémentaires réalisées dans le service. L'évaluation neuropsychologique réalisée auprès d'Augustin, âgé de 8,2 ans, met en évidence :

- une efficacité intellectuelle caractérisée par des capacités de conceptualisation dans la moyenne ;
- l'efficacité des processus mnésiques à la fois en verbal et en visuel, malgré le déficit attentionnel (intéressant sur le plan pronostic et pour la rééducation) ;
- une importante fatigabilité ;
- un déficit attentionnel généralisé, plus marqué en attention visuelle sélective, cependant mobilisable sur un temps restreint en modalité divisée mais au prix d'efforts et d'une fatigue importante ;
- un dysfonctionnement exécutif avec un défaut de flexibilité mentale (persévérations) et la présence d'une impulsivité cognitive et d'une agitation motrice (TDA/H), qui coexiste cependant avec un ralentissement idéomoteur ;
- une faiblesse de la mémoire de travail ;
- une répercussion du dysfonctionnement exécutif marquée dans les épreuves visuo-spatiales : productions bâclées, précipitation dans les réalisations 2D et 3D.

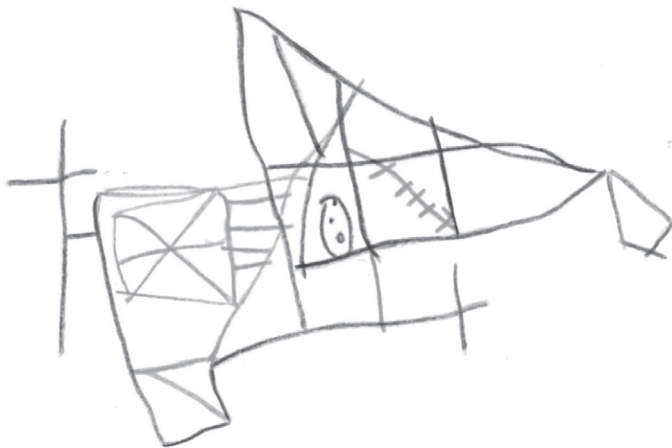


FIGURE 2.7 Augustin, Figure de Rey*, copie. Centile 10.

L'hypothèse portée par l'entourage (dyspraxie) est infirmée par l'évaluation : il est retrouvé *au premier plan des difficultés attentionnelles et exécutives*.

Les conclusions du bilan d'ergothérapie confortent toutes ces données :

- les praxies gestuelles et constructives sont correctes : on note une certaine lenteur et une difficulté à s'organiser dans la succession des tâches pour mener à bien une activité. Il s'agit bien d'un problème de planification ;
- bonnes capacités visuo-spatiales mais des résultats fluctuants notamment quand l'image devient très chargée, évoquant des difficultés d'attention visuelle ;
- une distractibilité importante, notamment aux stimuli extérieurs. L'attention visuelle en particulier est difficile à mobiliser et à maintenir ;
- l'écriture manuelle pose *effectivement* problème en classe (en vitesse et en qualité) et les contournements mis en place par l'instituteur sont à poursuivre mais un moyen de compensation de l'écriture manuelle doit être envisagé ;
- l'ordinateur peut être proposé mais il est possible que le syndrome dysexécutif (défaut de planification, impulsivité, persévérations) en gêne l'apprentissage. Le pronostic du contournement de l'écrit par l'ordinateur est donc, à ce stade, réservé.

Conclusion

Concernant Augustin, l'association « maladresse globale persistante + dysgraphie grave » amène *naturellement* l'enseignant et les parents sur la piste d'une dyspraxie.

Les adaptations proposées en classe avant l'évaluation par notre service (écrire à sa place, aménager les supports visuels complexes ou surchargés) sont particulièrement adaptées aux symptômes mis en avant et sont effectivement très utiles à Augustin. Le service a donc pu répondre à la question posée, en équipe de suivi de scolarisation, concernant la pertinence d'une aide apportée par un auxiliaire de vie scolaire. Elle est bien indispensable : l'association enseignant assurant un cours triple + nécessité d'écrire à la place d'Augustin plaide en effet pour une aide humaine en classe, ceci indépendamment du diagnostic cognitif.

L'évaluation modifie le diagnostic, la dyspraxie est écartée. Elle amène au premier plan le syndrome dys-attentionnel et dys-exécutif. Les signes cliniques en rapport diffusent dans tous les domaines. Augustin est cependant capable de mobiliser son attention sur un temps court, ou en situation « exceptionnelle », par exemple le jour de la consultation. Cet état de fait n'est pas rare, la variabilité de la disponibilité en fonction des enjeux et/ou du contexte et/ou de la motivation fait partie intégrante du tableau clinique des syndromes dys-exécutifs et dys-attentionnels.

Autre particularité, la constatation d'une grande lenteur, qui peut étonner dans un contexte de syndrome dys-exécutif, mais qui cohabite avec une précipitation dans certaines tâches, souvent retrouvée en clinique. Le défaut d'inhibition et de flexibilité mentale semble le plus pénalisant pour Augustin qui conserve en revanche certaines capacités de planification (Tour, NS = 13) et de

mémorisation. Cette observation clinique confirme la modularité des atteintes au sein des fonctions exécutives.

La modification du diagnostic impacte très concrètement le projet thérapeutique.

À ce stade de l'évolution, il convient de bien expliciter les troubles attentionnels et dys-exécutifs à Augustin et à son entourage. Il a effectivement besoin d'aide humaine en classe par rapport au graphisme insuffisamment rentable, mais il a surtout besoin d'être étayé par l'adulte pour la planification et la gestion des tâches en cours. L'évaluation permet de réorienter l'aide de l'auxiliaire de vie scolaire (son rôle de secrétaire est confirmé, mais elle doit surtout pallier un contrôle défaillant).

À la lumière de ces difficultés cognitives premières, on peut légitimement s'interroger sur l'aide apportée par l'ordinateur. Cette aide matérielle, déjà réclamée, reste une piste de compensation possible, mais son apprentissage peut s'avérer plus compliqué en raison même des troubles transversaux, en tout cas plus que ce qu'on observe habituellement lorsqu'elle est envisagée pour une dyspraxie. C'est pourquoi le service des soins propose, en premier lieu, une prise en charge au sein d'un groupe de pairs présentant les mêmes difficultés transversales (remédiation cognitive des troubles de l'attention et des fonctions exécutives²⁴).

Au total, les aides proposées en rapport avec les symptômes scolaires, pertinentes, sont pérennisées. L'évaluation a permis certes de corriger le diagnostic, mais aussi d'orienter les aides sur les conséquences scolaires et comportementales du TDA/H.

L'évolution est favorable, mais insuffisante. L'auxiliaire de vie scolaire est présente à mi-temps et hors de ce temps, l'impulsivité et la distractibilité d'Augustin s'avèrent très pénalisantes. L'ordinateur serait une aide pertinente, mais Augustin ne peut maîtriser une précipitation considérable qui entrave l'utilisation de cette aide technique : il semble ainsi ne pas pouvoir inhiber une frappe au hasard sur n'importe quelle touche. Bien étayé et cadré par une ergothérapeute très expérimentée, il peut inhiber cette impulsivité sur un temps très court. De même, dans le groupe de remédiation cognitive, l'étayage doit être marqué, ferme et constant. Ainsi, malgré le dispositif mis en place et le suivi par les professionnels du SESSAD, l'évolution est insuffisante.

La mise sous méthylphénidate en milieu de CM1 améliore considérablement la situation. L'enseignant et l'auxiliaire de vie scolaire constatent une bien meilleure disponibilité. On dit de lui, et c'est la première fois, qu'il peut travailler en autonomie même quand l'auxiliaire de vie scolaire (à mi-temps) n'est pas là. Selon l'ergothérapeute du service, cette disponibilité transformée, a permis une prise de conscience de l'intérêt des aides. Avant le traitement, l'ordinateur ne permettant pas l'efficacité escomptée, était mal vécu. Augustin

²⁴ P.-P. Gagné, L.-P. Longpré, *Apprendre... avec Réflecto*, programme d'entraînement et de développement des compétences cognitives, Chenelière Éducation.

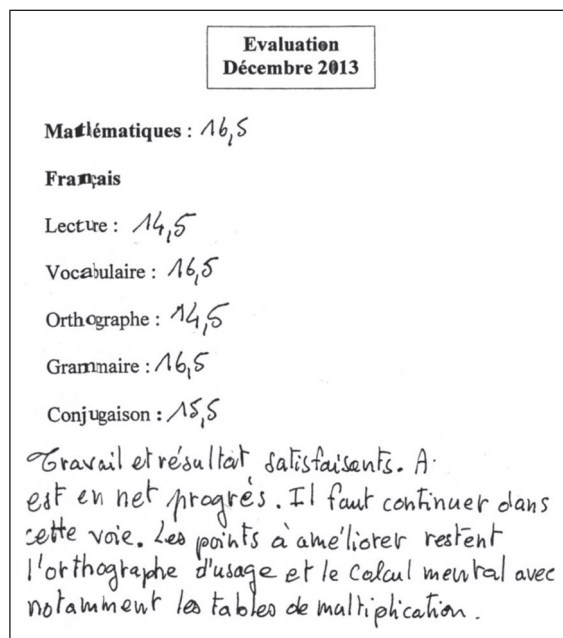


FIGURE 2.8 Bulletin du premier trimestre de CM2.

était triste; il accepte mal les changements de routine, les remises en cause de ses premières idées. Avec le traitement, il accepte avec plus de souplesse l'étayage proposé. Le changement dans ses capacités à se mettre au travail est flagrant. Les résultats scolaires s'en ressentent. De la gaieté intervient lors des séances de rééducation.

Voici son bulletin de fin de premier trimestre de CM2 (voir [figure 2.8](#)). C'est la première fois qu'il est noté. Émanant d'un enseignant exigeant, cette notation est vraiment le reflet de son travail, de son niveau. Les appréciations sont éloquentes et témoignent de l'efficacité du processus thérapeutique mis en œuvre pour cet enfant. En équipe de suivi de scolarisation, on évoque la possibilité d'envisager sereinement une entrée au collège en sixième ordinaire.

Lionel ou l'investigation d'un trouble graphique : au-delà du WISC

Présentation

Lionel a 10 ans révolus lorsqu'il consulte. Il est scolarisé en CM2 et rencontre de graves difficultés scolaires. Les résultats actuels montrent une pénalisation de l'ensemble des apprentissages :

- la maîtrise du langage écrit est entravée, justifiant une rééducation orthophonique en cours depuis le CP;
- les mathématiques pâtissent de l'absence de l'automatisation des apprentissages procéduraux (tables de multiplication, calcul mental);
- le graphisme est très peu lisible, lent et très coûteux sur le plan cognitif.

Lionel est un garçon de bon contact, plutôt jovial, sportif, mais facilement distrait et volontiers instable et sthénique ; une rééducation en psychomotricité a d'ailleurs été menée durant deux ans pour tenter de l'aider à se contenir davantage.

Lors de la première consultation, les difficultés attentionnelles sont constatées immédiatement : des comportements de préhension, une nette diffi-
culté associée à de grandes difficultés à inhiber les stimuli de l'environnement extérieur.

Les parents de Lionel sont perplexes face à l'évolution symptomatique de leur fils, ils constatent combien les difficultés graphomotrices pénalisent sa scolarité et souhaitent comprendre et aider au mieux leur fils. La consultation est essentiellement motivée par une demande de diagnostic afin de déterminer la conduite à tenir sur le plan de la scolarité.

Développement et scolarisation

Lionel est né à terme, aucun antécédent médical n'est signalé. La marche a été acquise à 13 mois tandis que le langage est apparu vers 2 ans. C'est un enfant décrit par ses parents comme très tonique, joyeux et très sociable.

Lionel a été scolarisé à 3 ans, et dès la PSM (petite section de maternelle), l'instabilité a été repérée. En GSM (grande section de maternelle), des difficultés de langage oral (élocution) sont constatées, tandis que la poursuite oculaire est médiocre.

Le CP permet l'acquisition de la lecture non sans difficultés du fait d'un trouble visuel alors diagnostiqué : une amblyopie côté gauche, associée à une astigmatie. Dès le CE1 et davantage en CE2, les difficultés visuo-spatiales se renforcent : le graphisme est très pénalisé ainsi que les apprentissages mobilisant cette modalité cognitive : langage écrit, géométrie.

En CE2, un examen psychométrique est conduit par la psychologue scolaire. Les résultats témoignent d'une hétérogénéité de compétences en défaveur de l'indice perceptif, d'un déficit notable de la mémoire de travail tandis que les compétences conceptuelles semblent sauvegardées dans la sphère orale. La psychologue conclut à la réalité d'un bon niveau de langage oral, de difficultés de langage écrit du fait de *difficultés visuo-spatiales* et enfin d'une *pénalisation de la motricité fine, notamment graphomotrice*. L'hypothèse de propositions d'aménagements pédagogiques n'est pas retenue du fait, semble-t-il, de l'absence de demande de Lionel.

À la suite du bilan psychométrique, une consultation auprès d'un neuro-pédiatre confirme les difficultés visuo-spatiales et dans une moindre mesure attentionnelles. La nécessité de soins complémentaires à la rééducation orthophonique n'est pas retenue, les projets thérapeutique et scolaire se poursuivent donc sur le même mode.

Actuellement, Lionel est en grande difficulté. Le trouble graphomoteur ne semble pas être l'aspect le plus pénalisant : a contrario, le déficit attentionnel s'est nettement renforcé, pénalisant désormais gravement tout apprentissage qui mobilise la mémoire de travail auditivo-verbale ou la capacité à faire appel à une notion apprise récemment.

Les difficultés impactent désormais négativement l'estime de lui-même.

Bilan neuropsychologique

L'évaluation neuropsychologique pratiquée en première intention a pour objectif de déterminer le profil cognitif de Lionel et d'établir le bien-fondé d'investigations complémentaires. L'examen est donc centré sur une évaluation de l'efficacité intellectuelle, complétée par une évaluation des aptitudes attentionnelles, exécutives et visuo-spatiales.

Évaluation de l'efficacité intellectuelle

On propose le WISC-IV* (voir [figure 2.9.](#)). Les résultats globaux sont les suivants : ICV = 94 (hétérogène), IRP = 82 (homogène), IMT = 76 (homogène), IVT = 90 (homogène).

• Notons l'hétérogénéité des scores en faveur des épreuves verbales qui témoignent d'aptitudes de catégorisation et de compréhension satisfaisantes. Les épreuves évaluant la compréhension des règles sociales et les connaissances sémantiques se situent dans la partie supérieure de la moyenne attendue (information : NS = 12, compréhension : NS = 10).

Seule l'épreuve lexicale est massivement chutée (vocabulaire : NS = 4), confirmant l'incapacité de Lionel à synthétiser une notion. Cette difficulté rend compte du coût attentionnel très pénalisant pour Lionel qui se montre en effet *très diffluent* durant cette épreuve.

In fine, le niveau global de langage oral est satisfaisant, tant en production qu'en réception. L'évocation du lexique semble cependant fragilisée par les difficultés attentionnelles.

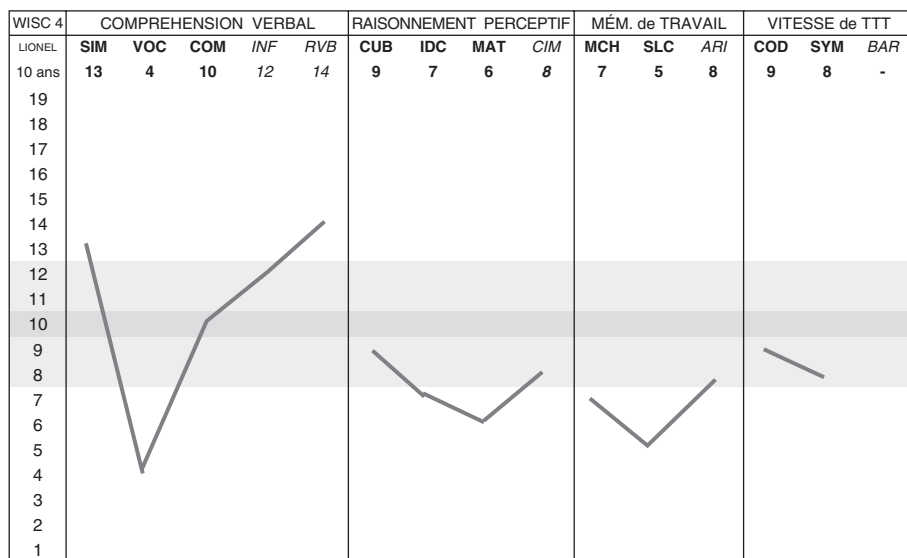


FIGURE 2.9 Lionel, 10 ans : WISC-IV*.

- Les résultats des épreuves perceptives sont plus homogènes et se situent discrètement en dessous de la moyenne attendue. Les épreuves mobilisant fortement la flexibilité mentale et la mémoire de travail sont pénalisées davantage que l'épreuve visuo-constructive qui, grâce à la manipulation possible du matériel, a permis l'élaboration du raisonnement par « essais et erreurs », constituant une aide précieuse pour Lionel.

Bien que les résultats des épreuves à forte composante visuo-spatiale soient légèrement pénalisés, l'hypothèse d'un trouble spécifique et isolé de cette composante semble peu pertinente.

- En effet, les observations permettent de constater l'impact très délétère de la surcharge cognitive dans plusieurs épreuves : au sein de l'épreuve d'identification de concepts, épreuve visuelle non visuo-spatiale, et dans l'épreuve de matrices, Lionel est en difficultés pour conduire la tâche à partir d'un raisonnement et d'hypothèses stables. Nous constatons donc que les épreuves perceptives rendent compte de difficultés polymorphes : fragilité du traitement visuo-spatial, surcharge cognitive attentionnelle, précarité des aptitudes de flexibilité mentale. Là encore, les constats s'inscrivent dans un profil de fragilité attentionnelle qui interroge l'efficacité des fonctions exécutives.

- Les scores chutés aux deux épreuves de mémoire de travail auditivo-verbale (mémoire de chiffres : NS = 7, avec empan envers 3 ; SLC : NS = 5) constituent un signe d'appel notable en faveur d'une hypothèse de déficit attentionnel global.

Ils justifient la pratique de l'évaluation spécifique de toutes les composantes attentionnelles.

Le déficit de mémoire de travail auditivo-verbale entrave gravement la conduite de la tâche orale de calcul mental. Lionel ne retient pas les énoncés et ne peut opérer les calculs mentaux.

- Enfin, les épreuves graphomotrices, bien que se situant dans la moyenne attendue, sont ralenties pas la lenteur du geste graphique et surtout par le coût attentionnel que provoque la situation de double tâche inhérente à l'épreuve de copie de code : Lionel doit se rapporter systématiquement à la légende du code, le balayage oculaire est très lent, ce qui provoque en retour une grande fatigabilité.

Toutes les observations qualitatives et écologiques constatées pendant la passation témoignent d'une très grande fatigabilité. La passation a été très aménagée proposant des temps de pause réguliers, le WISC a été conduit sur deux rendez-vous d'une heure trente chacun.

L'agitation et l'instabilité psychomotrice ont été très importantes en l'absence absolue de comportement d'opposition : Lionel s'est montré coopérant, cependant ses difficultés d'attention et de concentration ont provoqué des bâillements incessants, des étirements. Des comportements de préhension sont très invasifs et provoquent en retour une grande difficulté à rester centré sur la tâche et la pensée.

Grâce à ses compétences conceptuelles et à son bon niveau de langage oral, Lionel réussit à compenser ses difficultés de concentration mais au prix alors de réponses brèves, le plus souvent incomplètes et superficielles. Les épreuves

visuelles sont marquées par une impossibilité à inhiber les distracteurs, l'impulsivité est omniprésente et très pénalisante dans toutes les épreuves non verbales. Globalement, la disponibilité attentionnelle est très précaire malgré une bonne volonté évidente et réelle.

Pour conclure, l'évaluation de l'efficacité intellectuelle permet d'évoquer :

- des compétences de langage oral satisfaisantes tant en réception qu'en production un langage oral fluide et bien structuré ;
- une évocation lexicale entravée par les difficultés de planification ;
- des compétences conceptuelles satisfaisantes dans la modalité orale tandis qu'elles sont discrètement chutées dans la sphère perceptive ;
- un traitement visuo-spatial laborieux, dépendant très largement de la charge attentionnelle mobilisée ;
- un déficit notable de la mémoire de travail auditivo-verbale ;
- des compétences grapho-motrices dans la moyenne.

Ces résultats nécessitent l'évaluation des compétences attentionnelles afin de confirmer le bien-fondé de l'hypothèse de déficit de l'attention.

Évaluation de l'attention

On propose la passation de la TEA-Ch*, dont voici les résultats (*voir* [tableau 2.3.](#)).

L'évaluation de l'attention confirme le déficit et la pénalisation notable de certaines composantes attentionnelles :

- l'attention visuelle obtient des scores hétérogènes : la dimension temporelle est pénalisée tandis que les cibles sont repérées de façon satisfaisante. Les résultats confirment donc la lenteur de l'exploration visuelle ;
- l'attention auditive est satisfaisante dans la situation monotâche (coups de fusil : écouter un son isolé), tandis que la situation de double tâche (écouter deux choses à la fois) est massivement pénalisée. Cette épreuve confirme les difficultés de mémoire de travail auditivo-verbale ;

TABEAU 2.3. TEA-Ch* : tableau récapitulatif des résultats.

Domaines	Épreuves	Résultats en % cumulés ¹
Attention sélective	Recherche dans le ciel Carte géographique	40 (T = 50, A = 60) 83
Attention divisée	Faire deux choses à la fois Écouter deux choses à la fois	63* 23
Contrôle attentionnel	Les petits hommes verts	32 (T = 25)
Inhibition	Marche arrête	<i>Non proposé</i>
Flexibilité	Mondes contraires	Endroit = 5 Envers = 5
Attention soutenue	Coups de fusil Transmission de codes	100 <i>Non proposé</i>

Notes en pourcentages cumulés, T = temps, A = note d'attention.

¹ Cela permet de calculer la fréquence cumulée. La dernière valeur est toujours égale à 100 %. Cela facilite la comparaison des données.

- les épreuves de flexibilité mentale sont très difficiles pour Lionel qui se montre très lent dans la conduite de la tâche. La nécessité de devoir inhiber l'automatisme acquis durant la première partie de la tâche est très difficile à maintenir, ce qui provoque une lenteur importante;
- la tâche de contrôle attentionnel est pénalisée par son impulsivité importante, Lionel peine à suivre un rythme auditif.

En conclusion, l'évaluation démontre la réalité de difficultés attentionnelles pénalisant toutes les composantes évaluées : l'hypothèse d'un trouble généralisé de l'attention est donc démontrée et retenue. Ce constat impose une analyse des fonctions exécutives : des épreuves complémentaires ont été proposées à cet effet.

Évaluation des fonctions exécutives

- Épreuves de planification : figure de Rey*. Résultats : en copie, 20^e percentile; en mémoire : < 10^e percentile. Les résultats (voir [figure 2.10.](#)) confirment les très grandes difficultés de représentation visuo-spatiale, de planification et d'organisation d'une production sur afférence visuelle.
- Le graphisme (voir [figure 2.11.](#)) est hésitant, pénalisé par les difficultés d'attention et la précarité de l'automatisation du geste.
- Planification d'un raisonnement cognitif : épreuve de la tour de Londres (issue de la NEPSY*). Résultat : NS = 7.

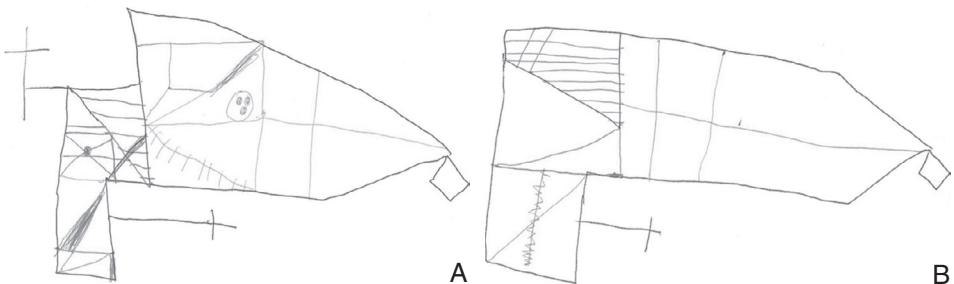


FIGURE 2.10A ET 2.10B Lionel, 10 ans, Figure de Rey* : à gauche, en copie, à droite, de mémoire.

donner la nature d'un mot		
verbes gentils appeler changer admettre renvoyer renvoyer lentement	pronoms je vous	noms copine ami
adjectifs qualificatifs lentement lode	déterminants articles dans elle se des un nous	adverbes ont été seulement

FIGURE 2.11 Lionel, 10 ans, graphisme.

Les deux épreuves de planification (figure de Rey* et tour de la NEPSY) démontrent un déficit significatif de la planification.

- Épreuve de fluence verbale (NS = 6), fluence sémantique (26 mots/2 min), fluence phonémique (5 mots/2 min).
- Compréhension de consignes auditives (NS = 7), difficultés marquées lorsque l'énoncé est long.

Ces deux épreuves verbales, qui mobilisent massivement la mémoire de travail auditivo-verbale et l'accès au lexique (mémoire sémantique), rendent ompte de l'impact du déficit attentionnel sur les capacités à prendre appui et à utiliser les connaissances acquises.

Ces derniers scores constituent donc un élément très délétère pour les acquisitions et le projet scolaire puisqu'ils montrent combien il est coûteux sur le plan cognitif pour Lionel de faire appel à des connaissances acquises et comprises sur le plan conceptuel. Rappelons que Lionel dispose d'aptitudes de raisonnement satisfaisantes.

Le déficit attentionnel peut donc être considéré comme s'inscrivant dans un déficit plus global en lien avec les fonctions exécutives et devrait être pris en compte en tant que tel.

La conclusion de l'examen neuropsychologique retiendra donc l'hypothèse d'un *syndrome dys-exécutif sévère pénalisant l'ensemble des apprentissages* cognitifs chez un enfant intelligent et appétant pour la communication. Lionel, bien que très volontaire et coopérant, peine à mobiliser ses acquis pour organiser et conduire une tâche complexe : ses facultés d'anticipation et d'inhibition des éléments non pertinents sont très fragiles et de courte durée. La fatigabilité est un élément central dans son profil cognitif.

La réponse thérapeutique et pédagogique devrait donc tenir compte des divers aspects symptomatiques pour aider Lionel à gérer au mieux son réservoir attentionnel, renforcer ou contourner le trouble graphomoteur et enfin tirer parti des aptitudes de raisonnement²⁵.

Le projet thérapeutique et pédagogique pourrait donc à juste titre privilégier :

- la pratique d'un bilan ergothérapique pour investiguer avec précision la sphère graphomotrice et visuo-spatiale;
- une remédiation attentionnelle afin d'aider Lionel à prendre conscience de ses difficultés attentionnelles et à renforcer ses aptitudes spécifiquement dans ce domaine;
- des aménagements pédagogiques pour soulager le geste graphomoteur et renforcer l'attention pourraient être discutés avec l'équipe pédagogique.

Commentaires et analyse

Les consultations motivées par un trouble graphomoteur sont actuellement très fréquentes, l'âge moyen des enfants qui consultent est de plus en plus jeune. Cela complique énormément l'élaboration du diagnostic car les troubles de

²⁵ A. Moret, M. Mazeau, *Le Syndrome dys-exécutif chez l'enfant et l'adolescent : répercussions scolaires et comportementales*, Issy-les-Moulineaux, Masson, 2013.

la planification du geste, présents dans la symptomatologie de la dyspraxie et interprétés souvent comme une maladresse gestuelle ou un retard graphomoteur, peuvent aussi témoigner d'un déficit exécutif.

Comment différencier alors un diagnostic de dyspraxie d'un tableau attentionnel ou dys-exécutif ?

Certaines évaluations neuropsychologiques permettent de mettre en évidence des traits spécifiques de chaque trouble, elles contribuent à démontrer l'existence éventuelle d'un déficit attentionnel.

L'analyse spécifique de l'ensemble des composantes attentionnelles permettra de repérer si le trouble du geste est isolé ou au contraire s'il associe un déficit des fonctions exécutives constituées par l'ensemble des composantes attentionnelles : attention auditive et visuelle soutenue et divisée, flexibilité mentale et contrôle attentionnel, aptitudes d'organisation et de planification.

Cependant, évoquer un déficit attentionnel nécessite que l'enfant présente des difficultés d'adaptation et de gestion de ses ressources cognitives dans tous les secteurs d'apprentissage mais aussi dans les aspects psychosociaux de la vie quotidienne. L'intégration parmi les pairs est entachée de comportements impulsifs parfois inadaptés. L'adaptation à des situations nouvelles ou inattendues est entravée par le refus de contraintes et de toute frustration, les capacités d'empathie émotionnelle sont souvent précaires du fait de l'égoïsme notable, de même le sens des convenances sociales est quasiment toujours aléatoire sous la dépendance de réactions impulsives. La stabilisation mnésique des routines ainsi que l'organisation et l'anticipation des tâches habituelles sont fortement entravées du fait de la précarité de la gestion attentionnelle. Bien entendu, il est rare que l'ensemble des symptômes soient présents conjointement, ce qui complique davantage encore l'élaboration du diagnostic.

Sur le plan clinique, les premiers signes d'appel d'un déficit attentionnel associent le plus souvent l'impulsivité (mais attention ! pas toujours), le trouble graphomoteur, la fatigabilité cognitive.

Le risque est donc très grand chez un enfant jeune de ne prendre en compte que l'aspect instrumental constitué par le geste graphomoteur et de poser par conséquent, précocement, un diagnostic de dyspraxie qui s'avérera très délétère puisqu'il imposera à l'enfant des aménagements potentiellement inadaptés.

En effet, les outils de compensation et les aménagements pédagogiques proposés pour pallier les effets de la dyspraxie priorisent souvent les aptitudes auditives (dont la mémoire de travail auditivo-verbale), dans le but de soulager les tâches à forte composante visuelle ou visuo-spatiale (dont le graphisme fait partie). Ce choix tactique ne correspond absolument pas aux enfants qui présentent un déficit attentionnel car pour eux il n'y a pas d'hétérogénéité des compétences attentionnelles : elles sont *toutes* entravées. Prioriser le canal auditif au détriment du canal visuel n'a donc aucun sens et pire encore, cela renforce leurs difficultés en aggravant leur fatigabilité et *in fine* leur sentiment d'échec.

Face à un retard graphomoteur qui associe une grande fatigabilité, avec ou sans impulsivité, il est donc indispensable d'évaluer (dès 6 ans révolus) les différentes composantes attentionnelles, les capacités de contrôle attentionnel et

d'organisation, les aspects mnésiques (notamment l'accès au lexique et aux connaissances académiques acquises) sans oublier les aspects psycho-sociaux.

De même, *l'élaboration du projet thérapeutique* dans un contexte de déficit des fonctions exécutives diffère grandement des préconisations retenues face à une dyspraxie. La prise en charge nécessite :

- d'une part un renforcement des capacités de gestion des ressources attentionnelles : c'est l'objectif des remédiations cognitives de l'attention qui, à partir de l'explicitation du trouble, proposent un travail de renforcement de chaque modalité attentionnelle spécifique ;
- d'autre part la priorisation d'aménagements pédagogiques qui favorisent la métacognition, le séquençage des tâches, la planification des tâches et du temps, le sentiment de sécurisation, le renforcement de la relation avec le pédagogue.

Prendre en charge un déficit attentionnel et/ou exécutif impose de tenir compte de situations particulièrement polymorphes et évolutives du fait de la multiplicité des profils cognitifs, de l'intensité des troubles associés éventuels, de l'âge de l'enfant, de son niveau de facteur g, de son milieu éducatif. Plus que dans tout autre trouble cognitif, l'analyse de l'évolution symptomatique est constante et nécessite que le projet thérapeutique puisse s'adapter rapidement.

Dimitri : dyspraxie ou déficience ?

Présentation

Dimitri consulte au SESSAD à 7,5 ans, alors qu'il est en difficulté en fin de CE1.

Il est sous la menace d'un « maintien » en CE1 car les difficultés sont multiples : troubles de l'écriture, lecture lente et de médiocre qualité pour laquelle l'enseignant l'a déjà inscrit dans un petit groupe de renforcement au sein de sa classe, difficultés en numération.

Il a une petite sœur de deux ans sa cadette qui ne pose aucun problème notable. La famille est a priori sans particularité psycho-éducative susceptible de rendre compte de cet échec scolaire *inattendu*. Dimitri n'a en effet aucun antécédent et a suivi jusqu'alors un cursus banal, sans que rien de particulier ne soit signalé aux parents, ni sur le plan médical, ni sur le plan scolaire.

De leur point de vue, les difficultés scolaires sont récentes. Ils les datent du début du CE1. La mère, Mme T., accorde une importance toute particulière à la scolarité, et les résultats actuels de Dimitri génèrent une très grande inquiétude.

Dans un premier temps, les parents ont refusé tout bilan psychologique ou psychométrique proposé par l'école. Ils sont seulement demandeurs d'un bilan et d'une prise en charge en ergothérapie, car ils sont persuadés que Dimitri souffre d'une dyspraxie : cela a été évoqué par l'enseignant devant la lenteur et la dysgraphie ; eux-mêmes se sont renseignés sur Internet et « tout concorde ». Ils disent avoir reconnu leur fils dans les descriptions faites sur différents sites, et ce diagnostic rend bien compte à leurs yeux de l'ensemble de ses difficultés, en écriture, lecture et calcul.

L'anamnèse ne met cependant pas en évidence de difficulté gestuelle, ni au cours du premier développement psychomoteur (sans particularité), ni actuellement dans les gestes de la vie quotidienne : Dimitri s'habille, se brosse les dents, coupe sa viande et joue au football comme les autres à la récréation.

Premières consultations

Le contact avec Dimitri est adapté et agréable. L'enfant est confiant, appliqué et participant. Il est calme, attentif, soucieux de bien faire.

On constate en effet d'emblée que le graphisme est médiocre, lent, mal contrôlé, grossier quoique lisible. La copie de la figure de Rey* est incotable : Dimitri ne cesse de tourner et retourner sa feuille à 90° dans un sens et dans l'autre, oubliant de nombreux éléments, en reproduisant certains à plusieurs reprises dans différents secteurs de sa feuille, juxtaposant des détails mal orientés.

Cependant, on est interpellé d'emblée par plusieurs caractéristiques qui ne peuvent être expliquées uniquement dans le cadre d'une dyspraxie.

Le langage conversationnel est bien adapté sur le plan pragmatique, mais mal structuré et donne une impression immature, avec une médiocre maîtrise syntaxique (« ils s'ont gentils ») qui étonne chez ce petit garçon de 7,5 ans bien éduqué, dont les deux parents ont un bon niveau socioculturel. C'est pour quoi on propose un rapide sondage dans ce secteur :

- un récit (*Le Petit Chaperon rouge*) s'avère médiocre, en particulier du fait que l'enfant n'utilise pas de connecteur, juxtaposant de petites phrases sans respect de l'ordre chronologique ;
- la passation du subtest similitudes de la WISC-IV* s'avère impossible car Dimitri ne comprend pas la consigne. On propose alors l'épreuve issue de l'ancienne WPPSI-R (destinée aux enfants de 4 à 6,5 ans), avec une amorce de type²⁶ : « on boit du lait et on boit aussi... », ou encore : « le lait et l'eau, c'est tous les deux... ». Dimitri peut alors accéder au concept recherché.

La question affleure d'une éventuelle difficulté de langage qui aurait pu passer inaperçue jusqu'alors. Pour tester cette hypothèse, on propose deux épreuves :

- une épreuve de *compréhension* syntaxique : l'enfant doit désigner, parmi quatre images, celle qui correspond à la phrase énoncée par l'examineur. Les résultats situent Dimitri à -2 DS de la norme ;
- une épreuve de *répétition de chiffres* à l'endroit et à l'envers : le résultat est faible, il répète trois chiffres à l'endroit et seulement deux à l'envers, laissant augurer une médiocre mémoire immédiate et mémoire de travail.

²⁶ Afin de ne pas déflorer les tests, il s'agit là (à titre d'exemple) de paraphrases des épreuves proposées et non des items réellement dispensés.

À ce stade de la consultation, on garde en tête :

- la suspicion de dyspraxie déjà annoncée et avalisée par les parents ;
- le fait que la déficience intellectuelle n'a pas été formellement affirmée ni écartée ;
- le soupçon de l'association possible d'une dysphasie modérée (ou d'un « retard de langage ») associée à une dyspraxie.

On interroge alors brièvement la nature et l'intensité des difficultés scolaires.

- *En numération*, Dimitri peut réciter la comptine des mots-nombres jusqu'à 60, avec des difficultés au passage des dizaines 60/70, 80/90. Il peut dénombrer une petite collection. Il réussit de petits ajouts en utilisant comme stratégie de recompter le tout. Mais il échoue à trouver le résultat d'une petite opération du type $5 - ? = 3$, même lorsque cette dernière est mise en action : je mets 5 jetons dans ma main en les comptant ostensiblement et je referme le poing. Dimitri, interrogé sur le nombre de jetons cachés dans ma main, sait que j'en ai 5. Puis j'ouvre ma main, découvrant 3 jetons et lui demande ce que j'ai fait : « T'en as fait disparaître ». Je demande *combien* de jetons j'ai fait disparaître. Dimitri répond : « 5 », cherchant du regard mon approbation. Devant ma moue dubitative, il essaie : « 3 ? », sans grande conviction. Cela ne cadre pas avec le diagnostic de dyspraxie : ce n'est pas du tout le type de difficultés en numération et calcul que rencontrent les enfants dyspraxiques. Ces derniers, au contraire, auraient réussi facilement ces petites épreuves conceptuelles (et non visuo-spatiales).
- *La lecture* d'un court texte de niveau fin de CP (non étalonné), alors qu'il est en fin de CE1, s'avère laborieuse, souvent logographique ; les règles contextuelles (le *g* ou le *c* devant le *e* ou le *i* ; le *s* entre deux voyelles) ne sont pas connues ou pas du tout automatisées et donnent lieu à des erreurs systématiques de déchiffrement ; le mot « animal » est mal segmenté (« an-im... »), etc. On interrompt l'exercice à la deuxième ligne. Dimitri n'a aucune idée de la signification de la suite de sons (souvent fautifs !) qu'il vient de produire.

Cette consultation se termine donc sur des interrogations : *quid* de cette dyspraxie affirmée et motivant la consultation ? Que penser des insuffisances en langage oral, écrit, calcul et mémoire de travail ?

On pourrait comprendre ces difficultés assez extensives :

- soit comme une éventuelle association dyspraxie + trouble du langage ;
- soit comme la diffusion, dans toutes les activités d'un trouble cognitif transversal ; par exemple, la responsabilité d'un déficit en mémoire (mémoire de travail ? mémoire à long terme ?) pourrait peut-être être envisagée. Au contraire, cette consultation ne met à jour aucun symptôme dans les domaines attentionnels et/ou exécutifs ; on est plutôt favorablement impressionné par le calme, l'attention, la ténacité et la persévérance de ce petit garçon tout au long de ces investigations ;
- soit comme une déficience intellectuelle relativement homogène, puisque toutes les performances de Dimitri semblent le situer grossièrement dans la fourchette des compétences des 5–6 ans.

Dans un premier temps, on ne fait pas part aux parents de la totalité de nos interrogations. Ils conviennent cependant avec nous que les problèmes scolaires de Dimitri dépassent une « simple » dyspraxie, que son langage pose question, et la consultation s'achève sur la prescription d'un bilan d'orthophonie.

Ce dernier, pratiqué quelques semaines plus tard, fait état d'un « retard de langage » avec dyslexie en cours de constitution. C'est surtout cet aspect des troubles qui a été renseigné, le compte-rendu détaillant les médiocres performances de Dimitri dans les épreuves de conscience phonologique.

Lorsque nous revoyons la maman, elle souhaite désormais une prise en charge en orthophonie *et* en ergothérapie pour son fils ; elle refuse la proposition de maintien en CE1, estimant que ces rééducations lui permettront d'aborder un CE2. Elle considère que Dimitri souffre de ce qu'elle a entendu appeler « un multi-dys- », à savoir la conjonction d'une dyspraxie, d'une dyslexie et d'une dyscalculie.

Nous ne sommes pas satisfaits de cette situation, à savoir une prise en charge déjà lourde (trois séances de rééducation par semaine), alors que *nous ne disposons d'aucun diagnostic* qui rende compte de façon *cohérente* des difficultés d'apprentissage de Dimitri.

Cette situation ne nous semble tolérable que provisoirement et nous insistons donc auprès de Mme T. sur l'importance, pour la conseiller au mieux et aider efficacement Dimitri, de disposer de bilans complémentaires afin de bien cerner les forces et les faiblesses de l'enfant. En particulier, nous souhaitons au plus tôt une évaluation psychométrique : Mme T. exprime son opposition formelle. Elle argue que cela n'apportera rien à son fils – qui n'est ni idiot ni fou –, dont elle estime évaluer parfaitement les besoins.

Durant plus de deux ans...

L'absence de diagnostic énoncé pèse lourd dans nos relations avec Mme T., toujours tendue et sur la défensive : au fil des mois, l'équipe est de plus en plus convaincue que Dimitri présente une déficience intellectuelle, ce qui n'est pas l'indication d'admission dans notre SESSAD.

La question d'éventuelles évaluations dans le domaine cognitif est un sujet de plus en plus difficile à aborder : Mme T. est de plus en plus réticente à chacune de nos demandes, voire allusions dans ce domaine. Pour éviter toute rupture, nous temporisons et tolérons de fait la pérennisation de cette situation qui permet manifestement tout de même à Dimitri de se maintenir en milieu scolaire ordinaire.

En effet, Mme T. est satisfaite de la double prise en charge, en orthophonie et en ergothérapie. Elle estime que Dimitri fait des progrès, qu'il « suit » les exigences de sa classe ; elle reconnaît une certaine lenteur, tant graphique que dans les apprentissages, mais elle banalise et minimise cet aspect (« c'est son caractère ») et/ou le rapporte à sa « dyspraxie ».

Les bulletins scolaires font en effet état d'un enfant lent mais appliqué, « un élève moyen » dont les efforts et la bonne volonté sont reconnus et valorisés par les enseignants successifs. Les commentaires de l'enseignant font état « d'efforts,

de progrès, de savoirs en cours d'acquisition », tous mots qui contredisent l'expérience quotidienne de Dimitri et mettent les rééducateurs en porte-à-faux. Si l'école le perçoit comme un « élève moyen », quel sens a notre parole, notre insistance pour des bilans complémentaires, la recherche d'un diagnostic ? Que signifient ces rééducations multiples censées le maintenir à flot ?

Ces bulletins rassurants confortent la maman dans sa position, et *contribuent à faire obstacle* à notre discours, à savoir que Dimitri est en difficulté scolaire et en souffrance.

En fin de primaire

Mais en fin de CM2, l'école juge cette fois le niveau scolaire de Dimitri trop « moyen » pour envisager un passage en sixième. Les parents semblent découvrir l'ampleur des difficultés d'apprentissage de Dimitri. Ils sont amers et très critiques vis-à-vis de l'enseignante, mais finissent par se résigner au maintien en CM2, plus ou moins rationalisé comme un « tremplin » qui permettra à leur enfant d'aborder ensuite le collège dans les meilleures conditions.

Dimitri bénéficie toujours d'orthophonie et d'ergothérapie. L'échec scolaire global de Dimitri est attribué (par les parents, par l'école) à un certain « manque de bonne volonté » de sa part, ce qui donne lieu à des conflits récurrents qui gâchent la vie de famille, tous les soirs, au moment des devoirs. Aussi, les parents ont-ils également institué une aide aux devoirs à domicile, les samedis matins. Une psychothérapie est également mise en place (une séance par quinzaine), car Dimitri « a des idées noires », ce que Mme T. met en lien avec le redoublement qu'il supporte mal, et la mésestime de soi qu'elle attribue à l'attitude de l'enseignante.

De notre côté, nous avons alerté les parents, car nous constatons depuis des mois l'intense souffrance de Dimitri dont les difficultés ne sont pas reconnues : la banalisation de ses troubles le laisse seul face à ses échecs, ses efforts infructueux, la déception de ses parents. Il se vit comme globalement incompetent, ne retire aucune satisfaction ni aucune réussite de son application tant à l'école qu'en rééducation, il est profondément découragé et ne voit pas d'issue à sa situation. Pris en étau entre les exigences maternelles, l'école et sa propre impuissance, Dimitri parle de suicide, la mort lui apparaît comme la seule porte de sortie envisageable...

Mme T. souhaite maintenant que Dimitri bénéficie aussi d'une auxiliaire de vie scolaire à temps partiel : cela lui semble *la* solution pour permettre la poursuite de sa scolarité dans de bonnes conditions. Cette demande – ainsi que l'acceptation du maintien en CM2 – nous semblent la marque d'une certaine reconnaissance, au moins implicite, des troubles cognitifs de Dimitri, de leur diffusion, de leur importance.

C'est pourquoi le moment nous semble bien choisi pour argumenter, encore une fois, de la nécessité d'examens complémentaires – psychométrie, bilan mnésique – indispensables à la fois pour juger du bien-fondé de la présence d'une AVS auprès de Dimitri et pour préparer au mieux la sortie de l'école primaire.

Elle manifeste alors beaucoup d'agressivité, furieuse de ce qu'elle interprète comme une insistance inadmissible et injustifiée de notre part.

Elle estime que tout est mis en place au mieux pour soutenir Dimitri, qu'il progresse, que ses problèmes scolaires vont se régler progressivement avec du temps, du travail et de la compréhension. Elle redoute la mise à jour d'un diagnostic autre que celui de « dyspraxie » ou « multi-dys- », deux termes dont elle minimise la portée et qu'elle assimile plus ou moins à « difficultés scolaires ». Notre suspicion précoce, à savoir que Dimitri souffre d'une déficience intellectuelle légère, s'est confirmée et transformée au fil des mois et des années en une conviction forte. Mais toute allusion dans ce domaine déclenche des réticences de plus en plus fortes de la part de Mme T. Le climat des consultations devient très tendu.

En ce début de second CM2, le lien de confiance semble rompu ; on pense ne jamais revoir cette maman qui quitte la consultation fort mécontente, à la fois parce qu'elle estime que sa demande d'AVS n'a pas été soutenue, et qu'elle se sent menacée par nos demandes réitérées d'évaluation dans le domaine cognitif et psychologique. Nous vivons cette rupture comme un échec : nous avions espéré que le travail patiemment entrepris depuis des années auprès de Dimitri et de sa mère permettrait une perception plus réaliste des problèmes d'apprentissage de l'enfant. Nous faisons au contraire le constat d'une situation bloquée, qui a finalement peu évolué depuis les premières consultations.

Cependant, Dimitri ne sort pas du SESSAD dans l'immédiat, mais nous devons encore renoncer à proposer une réorientation vers un service mieux adapté à ses troubles : pourtant, cela permettrait une prise en charge globale mieux appropriée de l'ensemble de ses difficultés, alors que la situation actuelle, peu satisfaisante à nos yeux, ne consiste qu'en *une juxtaposition de prises en en charge et d'aides multiples qui l'épuisent, tandis que les exigences scolaires l'écrasent*.

Dimitri bénéficie alors, outre les rééducations (ergothérapie, orthophonie), la psychothérapie et l'aide aux devoirs, d'une AVS à temps partiel dont Mme T. peine à préciser exactement le rôle.

Résolution de la situation

À notre grande surprise, quelques mois plus tard, Mme T. sollicite un nouvel entretien. Son ton est cette fois cordial en dépit de son anxiété manifeste. Elle vient chercher conseil : on est au dernier trimestre du second CM2 et l'école vient de contacter les parents pour suggérer une orientation en SEGPA ou en UPI.

Cette proposition d'une orientation spécialisée a pris de court les parents qui n'avaient jamais envisagé que Dimitri pourrait ne pas entrer au collège. Il est vrai (nous consultons de nouveau les bulletins trimestriels remis aux parents) que, comme depuis son entrée en maternelle, aucune remarque ne préparait les parents à anticiper cette orientation : les observations de l'enseignante sont, comme toujours, plutôt positives et encourageantes (« Dimitri progresse, s'applique, fait des efforts, peut désormais faire ceci ou cela, etc. »).

Mme T. se sent flouée et dit ne pas comprendre ce qu'elle interprète comme un revirement brutal de l'école qu'elle accuse de lui avoir menti et de ne pas lui avoir permis de prendre les mesures efficaces pour l'avenir de son fils en temps utile. Elle attribue aussi l'échec de ce second CM2 au désinvestissement de Dimitri (lié, selon elle, à la situation de redoublement) et à son manque de confiance en lui.

Surtout, elle exhibe les résultats d'une évaluation neuropsychologique qu'elle a fait pratiquer... dans un autre hôpital ! Elle peut dire à quel point cette démarche lui a été difficile même si elle en comprenait l'intérêt « depuis longtemps ». Nous pensons qu'il y a un lien entre la proposition d'orientation scolaire qui exclut l'entrée au collège malgré le redoublement du CM2, et la décision de Mme T. de faire pratiquer l'examen psychométrique.

La réalité des troubles étant dorénavant *attestée par l'école*, la recherche d'une cause et d'une aide mieux ciblée s'est imposée. Désormais, elle cherche à comprendre, elle demande qu'on lui décode le compte-rendu qui lui a été remis, puis qu'on l'aide à y voir clair pour juger des meilleures options pour l'avenir de son fils.

Bilan psychométrique (WISC-IV*, KABC*)

- Au KABC*, l'échec est global et homogène aux subtests connaissances (lecture et déchiffrement, lecture et compréhension, arithmétique, devinettes), avec des scores aux alentours de 65. Les échelles dites « de processus mentaux » lui octroient aussi des notes standard, toutes situées entre 4 et 6, qu'il s'agisse d'épreuves verbales ou non verbales.
- Les épreuves de mémoire (localisation de points, mots couplés, histoires et séquences) sont globalement faibles, avec des scores identiques en immédiat et en différé, situés entre 5 et 7.
- Aux échelles de Wechsler, les performances à toutes les épreuves sont faibles, et grossièrement homogènes entre 3 et 6 (compréhension verbale = 74, raisonnement perceptif = 63, mémoire de travail = 76, vitesse de traitement = 83). Les meilleurs scores sont obtenus à : complètement d'images (NS = 7), symboles (NS = 8) et barrage (NS = 12).

La conclusion du neuropsychologue est la suivante (extraits) : « [...] les différentes épreuves témoignent de *capacités d'apprentissage faibles* mais qui ne sont pas inefficaces : il faut du temps, des répétitions, un rythme lent. [...] Les difficultés en mémoire de travail sont importantes [...] *Les résultats ne sont pas en faveur d'un trouble spécifique* [...] Dimitri a besoin d'une pédagogie adaptée pour éviter le décrochage scolaire et la souffrance liée à l'échec. Ces adaptations ne peuvent raisonnablement se penser que dans le cadre d'une SEGPA ou d'une UPI. »

Au cours de la discussion qui suit, c'est Mme T. elle-même qui en tire la conclusion principale, jusqu'ici toujours non explicite : elle nous dit que la *déficience mentale* a toujours été sa hantise et que « dans le fond », elle a toujours su, pour Dimitri. Elle dit aussi qu'elle peut désormais s'en faire une représentation plus acceptable, celle d'un petit garçon « en retard », qui apprend, mais plus lentement que les autres ; elle se sent maintenant prête à le soutenir et à l'étayer.

Elle est beaucoup moins tendue, beaucoup moins sur la défensive que lors des consultations précédentes. Elle semble apaisée et annonce qu'elle va accepter une orientation en SEGPA.

Simultanément, elle reconnaît que la scolarité de Dimitri devient trop difficile à gérer pour elle (suivi des devoirs, bilans, rééducations...), et elle souhaite passer le relais à son mari.

Épilogue

La scolarité de Dimitri en SEGPA a été satisfaisante et il s'est épanoui : il a apprécié les stages proposés (cuisine, soins aux animaux, horticulture) mais aussi les matières scolaires dans lesquelles il a été en réussite. Pour la première fois, il s'est senti valorisé par rapport aux exigences des professeurs et à l'ensemble du groupe-classe. Les demandes scolaires qu'il vivait auparavant comme écrasantes et sans issue, mieux adaptées dans leur contenu et dans leur rythme, lui ont enfin permis de se sentir rassuré quant à ses compétences. Actuellement, Dimitri a 17 ans. Il a intégré une école d'agriculture en province, choisissant de vivre en internat. Il s'y épanouit, trouve du plaisir à apprendre, envisage un avenir qui lui plaît. Ses excellentes compétences sociales en font un camarade apprécié, qui vit une adolescence apaisée.

L'histoire de Dimitri nous semble emblématique de la difficulté à poser, et faire accepter, un diagnostic de déficience intellectuelle, connoté de manière particulièrement négative dans notre société.

Aussi, beaucoup de familles, pressentant souvent avec justesse la nature des troubles des apprentissages de leur enfant, cherchent à les faire renommer « dys- », quitte à multiplier les dys- (souvent sous le terme flou de « multi-dys- ») et à mettre en place un lourd programme de rééducations et d'aides diverses auprès de l'enfant. Ici, comme souvent, c'est la dyspraxie qui sert de porte d'entrée à la demande d'aide, et l'intensité des résistances de la maman à nos tentatives d'explorations complémentaires et de mise à jour de la déficience conduira presque à la rupture.

L'alourdissement progressif des aides mises en place (ergothérapie, puis orthophonie, puis aide aux devoirs, puis demande d'AVS...) ne trompe personne, mais permet que l'illusion d'une « dyspraxie associée à une dyslexie » soit longtemps maintenue. Selon les moments, la mère y ajoutera une pincée de « mauvaise volonté », soit de la part de l'enfant, soit de la part de l'enseignante.

Tout comme nous, l'école perçoit les fortes réticences de la mère : les enseignantes successives s'emploieront à protéger et rassurer cette maman qui les émeut, au prix d'une minimisation constante des problèmes scolaires de Dimitri (il s'applique, il est « moyen »), ce qui va aussi faire obstacle à notre discours. Paradoxalement, cette « tolérance » bienveillante de l'école contribue à décrédibiliser notre parole, à retarder le diagnostic et les orientations adéquates (tant sur le plan de soins que des apprentissages) et donc à faire peser sur l'enfant des contraintes et des exigences démesurées qui l'accablent, l'écrasent et conduisent, dans un contexte de grande souffrance, à une grave dépression.

Nous-mêmes, à l'inverse, avons peut-être été trop insistants, ce qui a suscité chez la maman une angoisse difficilement gérable, sans pour autant faciliter la prise de conscience et « l'acceptation » de la mise à jour du diagnostic.

Est-ce le fait d'être mise devant une réalité incontournable (l'orientation en fin de primaire) et/ou le travail effectué tout au long de ces années au contact de son fils, et peut-être de notre service, qui a permis cette évolution et que se dénoue cette situation ?

Était-il possible (souhaitable ?) de faire preuve d'une attitude plus radicale, et d'affirmer assez rapidement et très clairement qu'il ne s'agissait ni d'une dyspraxie, ni d'une association de dys-, mais bien d'une déficience intellectuelle ? Ou bien, quelle qu'ait été l'attitude des uns et des autres (école, service de rééducation...), cette mère avait-elle besoin de ces années, de ce chemin pour « faire avec » la déficience de Dimitri et pour pouvoir le soutenir dans cette voie ?

Car la négation, le refus du diagnostic a d'importantes conséquences sur l'enfant : tout au long de son pénible et laborieux parcours scolaire, vécu dans l'effort et l'échec, on note la tristesse de Dimitri (« des idées noires »). Il exprime sa souffrance en permanence, à l'école, à la maison, en rééducation, souffrance qui justifiera une psychothérapie. On note au contraire son épanouissement lorsque ses troubles sont (enfin) reconnus et convenablement pris en compte aussi bien à la maison qu'à l'école (en SEGPA).

De fait, ce n'est que lorsque le discours de l'école (orientation en SEGPA ou ULIS), et le nôtre convergent enfin que la mère pourra non seulement cesser de refuser le diagnostic, mais aussi passer le relais au père.

Enfin, l'histoire de Dimitri montre que la question du diagnostic est centrale : seul un diagnostic précis et pertinent permet d'aider efficacement l'enfant. Il s'agit de l'aider à apprendre, à grandir, à se construire *tel qu'il est, en prenant en compte avec sincérité ses forces et ses faiblesses*.

L'illusion qu'il suffirait de « faire comme les autres », ou qu'il faut maintenir le plus longtemps possible une scolarité « normale » censée « tirer l'enfant par le haut » est un leurre, une forme de déni qui, *in fine*, impose à l'enfant des exigences écrasantes, inadaptées à ses possibilités. Loin de lui permettre de se « normaliser » ou même de faire des progrès, ce déni, s'il persiste (en particulier lorsqu'il est conforté par des professionnels), est d'une grande violence pour l'enfant.

Caroline : déficience ou association de dys- ?

Plainte

Caroline est âgée de 8,5 ans lors qu'elle est vue en consultation hospitalière au mois juillet. Les parents relatent de sévères difficultés d'apprentissage chez leur fille qui vient d'être maintenue en CP-CE1 après un premier CP très difficile : échec scolaire, graphisme insuffisant, aucune entrée dans la lecture. Caroline a été signalée au RASED²⁷ dès la moyenne section de maternelle. En

²⁷ Au sein de l'école, les réseaux d'aides spécialisées aux élèves en difficulté (RASED) dispensent des aides spécialisées aux élèves de maternelle et d'élémentaire en grande difficulté. Ces aides sont pédagogiques ou rééducatives.

raison d'un échec scolaire massif et en s'appuyant sur un potentiel intellectuel considéré comme *faible* (voir figure 2.11.), une orientation en CLIS 1 a été proposée. La famille l'a refusée. Le passage en CE1 est donc acté pour la prochaine rentrée.

Le signe d'appel scolaire le plus prégnant est une dysgraphie très sévère (voir figures 2.12a. et 2.12b.) : l'écriture de Caroline est illisible.

Les parents souhaitent une confirmation du diagnostic de dyspraxie visuo-spatiale, évoquée par une orthoptiste devant la maladresse considérable et la constatation de troubles sévères de la motricité oculaire conjuguée. Ceci afin d'obtenir une aide par un auxiliaire de vie scolaire et la mise à disposition d'un ordinateur.

Un courrier des parents, des bilans ainsi que des documents scolaires scannés nous ont été amenés en consultation. On y relève les éléments suivants :

- période néonatale sans particularité;
- Caroline a marché à 18 mois, mais à 3 ans, elle ne prononçait que la fin des mots.

Actuellement, on fait état à la maison :

- de difficultés psychomotrices pour courir, sauter, pédaler;
- de difficultés gestuelles lors de l'habillage, de l'utilisation des couverts, du découpage, pour éplucher, nouer les lacets, enfiler des gants, etc.

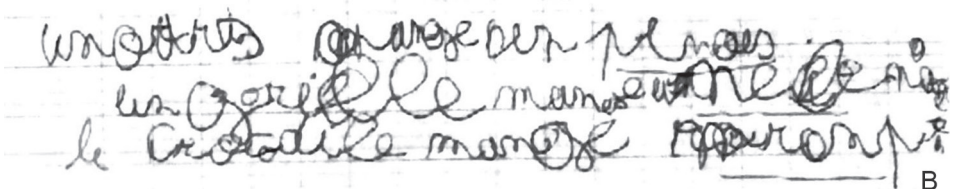


FIGURE 2.12A ET 2.12B Productions graphiques de Caroline, âgée de 8 ans, en classe de CP-CE1.

À l'école, les parents rapportent des faiblesses dans tous les domaines : la lecture est laborieuse, Caroline est en difficulté majeure en mathématiques pour dénombrer, en calcul mental, lors de la pose de calculs simples, les tracés géométriques. Elle peine encore avec la comptine numérique.

D'une façon plus générale, mémoriser est problématique, y compris pour les poésies.

L'anamnèse, les plaintes scolaires amènent *trois questions* auxquelles nous allons essayer de répondre par l'analyse des bilans :

- qu'en est-il de l'efficacité intellectuelle ?
- Peut-on parler de dyspraxie ?
- Dispose-t-on d'autres hypothèses explicatives de cet échec global et sévère ?

Évaluation

Bilan psychométrique

- Deux KABC* ont été pratiqués, à 4,5 ans puis à 7,11 ans. Les scores étaient faibles (NS comprises entre 6 et 9). Certains subtests particulièrement chutés évoquent une dyspraxie visuo-spatiale (à 7,11 ans : mouvements de main [NS = 1], triangles [NS = 5]). D'autres interrogent les capacités en mémoires transitoires et/ou les capacités attentionnelles (mémoire immédiate de chiffres : NS = 4).
- Un WISC-III est proposé à 8 ans (voir [figure 2.13.](#)) :
 - QIV : information (NS = 4), similitudes (NS = 11), arithmétique (NS = 2), vocabulaire (NS = 5), compréhension (NS = 4), mémoire des chiffres (NS = 4);
 - QIP : complètement d'images (NS = 6), code (NS = 4), arrangement d'images (NS = 2), cubes (NS = 3), assemblage d'objets (NS = 3), symboles (NS = 1), labyrinthe (NS = 4).

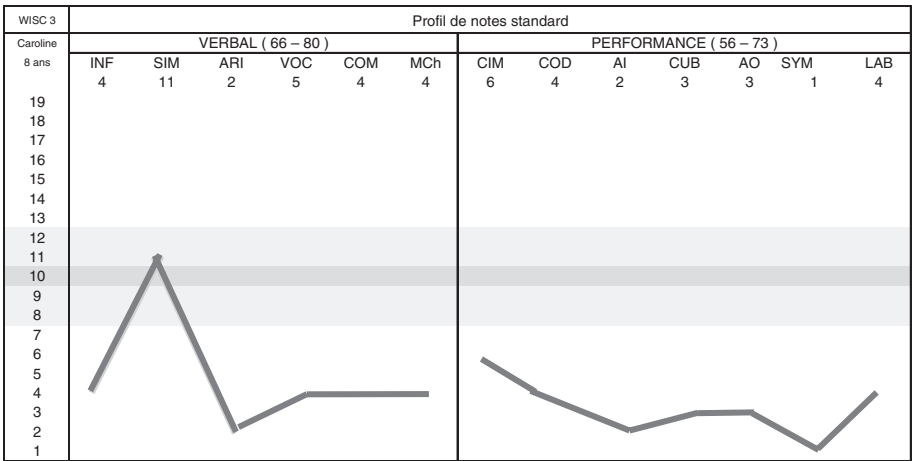


FIGURE 2.13 Caroline, 8 ans : WISC-III.

Notes standard s'écartant de la moyenne	Au-dessus	Similitudes (NS = 11)
	Au-dessous	Symboles (NS = 1)
Notes significativement faibles par rapport au niveau de conceptualisation verbal	NS en décalage d'au moins 6 points par rapport à Similitudes (NS = 11)	Symboles (NS = 1) Arithmétique (NS = 2) Code, Labyrinthe (NS = 4) Cubes, Assemblage d'objets (NS = 3) Information, Compréhension, Mémoire des chiffres (NS = 4) Arrangement d'images (NS = 2)

Au sein de notes faibles (moyenne des NS = 4,07), *émerge le subtest Similitudes* (NS = 11). Ce subtest, très saturé en facteur g, rassure sur les capacités de catégorisation à partir d'un matériel verbal et permet d'écarter, à lui seul, la déficience intellectuelle.

Tous les subtests investiguant les fonctions praxiques et visuo-spatiales sont faibles, accréditant fortement l'hypothèse de dyspraxie visuo-spatiale.

Cependant, on relève aussi au sein de l'échelle verbale une dissociation franche (entre le subtest similitudes d'une part et les subtests vocabulaire et information d'autre part) qui interpelle quant à la mémorisation de façon globale, d'autant que mémoire immédiate et de travail sont une nouvelle fois mises à l'index.

Épreuves complémentaires

Quelques *épreuves neuropsychologiques* complémentaires vont enrichir l'évaluation :

- NEPSY-I* : tour (NS = 13), attention visuelle (NS = 4), processus phonologiques (NS = 12), copie de figures (NS = 1), flèches (NS = 8), mémoire des visages (NS = 8) ;
- la copie de la figure de Rey*, non cotable : « *résultat très déstructuré, peu reconnaissable, extrêmement déficitaire, quelques éléments surnagent au milieu du chaos...* ».

Ces éléments confirment que le facteur g et les capacités de planification sont préservés, mais aussi que les capacités praxiques et visuo-spatiales sont faibles.

Bilan orthophonique (à 8 ans)

Le bilan met en évidence des anomalies de structuration du langage (structure grammaticale : voix passive, formes verbales conjuguées), un stock lexical limité, une mémoire de travail défaillante et un faible repérage spatio-temporel, ainsi que des petits défauts d'ordre phonologique concernant la réalisation de la parole (omissions ou transformations de phonèmes dans les groupes consonantiques).

Bilan orthoptique (à 8,5 ans) et bilan ergothérapique (à 8,6 ans)

Ces bilans confirment nettement l'incompétence des traitements praxiques et visuo-spatiaux.

- *Orthoptie* : la fixation oculaire est instable, la motricité conjuguée pathologique : difficultés de réalisation et faible endurance des saccades et de la poursuite (*confirmé lors de la consultation*).
- *Ergothérapie* : difficultés gestuelles, troubles praxiques et visuo-spatiaux, graphie très déficitaire. L'écriture est qualifiée d'illisible, sans utilisation de repère dans la page et sans anticipation des fins de ligne.

Caroline présente donc tous les symptômes d'une dyspraxie visuo-spatiale.

Consultation

Lors de la consultation, nous allons donc interroger l'hypothèse de dyspraxie visuo-spatiale, mesurer la rentabilité des outils en langage écrit, questionner l'échec scolaire global.

Lors de la phase initiale de la consultation, Caroline se présente comme une petite fille timide, qui se montre de plus en plus à l'aise. Son comportement est adapté, elle est désireuse de bien faire, mais semble souffrir des échecs successifs aux tâches proposées. Malgré cela, son attention et bien mobilisable et on ne relève pas de signe clinique en faveur d'un syndrome dysexécutif.

Sur le plan praxique, Caroline ne peut pas réaliser une pyramide de base 3 avec six cubes. La copie de dessins des formes géométriques de base montre une précipitation pour ce qu'elle connaît bien (le rond, la croix) et de grosses difficultés pour ce qu'elle maîtrise moins bien (le carré, le triangle). Comme avec l'ergothérapeute, la réalisation de tracé, d'une figure plus complexe sur modèle (drapeau anglais) est très difficile laborieuse (voir [figures 2.14.](#) et [2.15.](#)). On n'évalue pas son écriture pour ne pas la mettre en échec, au vu des photocopies de ses productions récentes qui témoignent de difficultés de calligraphie manuelle considérables pour son âge.

La lecture des mots réguliers de l'ODEDYS* jusqu'au CE1 est stoppée après quelques mots : c'est trop difficile pour Caroline qui montre lors de cet effort une souffrance intense : « faute » devient « fente », « nuit » devient « nut », « vague » devient « vaque ». Même constatation en lecture d'un petit texte tiré d'un livre pour enfant (*Les Belles Histoires*) : « est » devient « c'est », « trop » devient « tout ».

En mathématiques, Caroline peine également, et la symptomatologie est évocatrice de dyspraxie visuo-spatiale. Le dénombrement de sept points alignés serrés est imprécis : elle en compte six avec uniquement les yeux mais donne un résultat juste à l'aide de son doigt. L'orthophoniste confirme une correspondance terme à terme encore faible. Elle ne peut calculer la somme de trois dés, alors qu'elle est en réussite en comparaison de quantités. Elle n'a pas enregistré les faits numériques simples en mémoire à long terme.

On investit *les mémoires transitoires*. La mémoire immédiate de Caroline, évaluée grâce à l'épreuve de restitution de chiffres en ordre direct, montre un

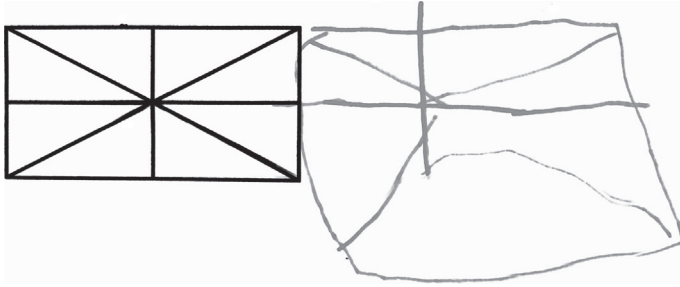


FIGURE 2.14 Copie du drapeau anglais, difficulté avec les segments obliques.



FIGURE 2.15 Chemins entremêlés, difficultés oculo-manuelles : direction erronée à l'intersection.

empan de 3. La restitution de chiffres en ordre inverse, reflet de la mémoire de travail, est impossible même avec deux chiffres. Dans l'anamnèse, avec différents examinateurs, on retrouve un empan en ordre inverse au maximum de 2.

Discussion

L'efficience intellectuelle

Cette question se pose. Les résultats *globaux, moyennés*, aux tests psychométriques sont faibles et ont été mis en avant pour justifier l'orientation en CLIS 1. Ils sont présentés ci-dessous en « intervalle de confiance ».

- KABC*, à 4,5 ans : processus séquentiels 55/77, processus simultanés 72/94, processus mentaux composites 63/81, échelle non verbale 58/82 ;
- KABC*, à 7,11 ans : processus séquentiels 55/77, processus simultanés 58/76, processus mentaux composites 52/68, échelle non verbale 57/77 ;
- WISC-III à 8 ans : QIV 66/80, QIP 56/73, sans dissociation significative.

Cependant, au sein des aptitudes verbales, globalement faibles, seul l'item similitudes (NS = 11) *élimine un déficit intellectuel* et doit faire rechercher dans ce contexte une comorbidité de plusieurs dys-. Cette bonne aptitude raisonnementale est corroborée avec le subtest Tour (NEPSY-I*) : NS = 13.

L'anamnèse (maladresse pathologique persistante), la symptomatologie scolaire et les résultats aux différentes épreuves praxiques et visuo-spatiales affirment la dyspraxie visuo-spatiale. Mais est-ce là *la seule raison* à l'échec global ?

On est frappé par *la tonalité particulière* des difficultés de Caroline pour laquelle tout apprentissage a été, et reste, difficile à mémoriser : correspondances graphèmes/phonèmes, comptine des nombres, petits faits numériques simples, règles de conjugaisons, lexique, poésies...

On doit remarquer, au sein des épreuves verbales, l'hétérogénéité considérable entre similitudes (NS = 11) *versus* vocabulaire (NS = 5) et information (NS = 4), qui suggère, puisqu'il n'y a pas de trouble du langage oral, *d'interroger un déficit mnésique global, incluant les mémoires transitoires* (mémoire des chiffres, NS = 4).

L'efficacité mnésique

La concordance entre des éléments cliniques et les données psychométriques conduit à proposer une batterie d'évaluations de la mémoire.

La *Children Memory Scale* (CMS*) est proposée à Caroline, alors âgée de 8,10 ans (voir [tableau 2.4.](#)).

Conclusion

Initialement, il était tout à fait licite pour cette petite fille, devant les signes cliniques et l'analyse croisée des différentes évaluations, d'évoquer la comorbidité d'une dyspraxie visuo-spatiale et d'un déficit global de la mémoire dès la première consultation. L'évaluation complémentaire met en avant des capacités mnésiques générales qui s'avèrent en effet toutes altérées.

Caroline présente *une association de dys-diagnostic* (comorbidité).

Énoncer un diagnostic (dyspraxie visuo-spatiale + déficit mnésique global) est insuffisant, car on doit prendre en compte la demande de la famille de Caroline

TABEAU 2.4. Caroline, 8,10 ans : *Children Memory Scale* (CMS).

Indice de mémoire visuelle immédiate : 52 < -2 e.t.
Indice de mémoire visuelle immédiate : 52 < -2 e.t.
Indice de mémoire visuelle différée : 55 < -2 e.t.
Indice de mémoire verbale immédiate : 78 < -1,7 e.t.
Indice de mémoire verbale différée : 55 < -2 e.t.
Indice d'attention concentration : 51 < -2 e.t.
Indice d'apprentissage : 63 < -2 e.t.
Indice de reconnaissance différée : 50 < -2 e.t.
Indice de mémoire générale : 50 < -2 e.t.

On remarque que le subtest mots couplés (NS en note totale = 8, NS en apprentissage = 7) est l'épreuve la mieux réussie. Un apprentissage successif et répétitif (il s'agit d'une paire de mots), en modalité verbale, aide donc Caroline à encoder de l'information. Ceci constitue une piste de travail avec Caroline.

concernant les aides (ordinateur, auxiliaire de vie scolaire). Ce sont celles habituellement préconisées pour contourner les difficultés scolaires conséquences de la seule dyspraxie visuo-spatiale. Or, pour ce faire, de bonnes capacités mnésiques sont requises, ce qui n'est pas le cas pour Caroline. A priori, le pronostic d'une aide basée uniquement sur la problématique dyspraxique n'est pas bon.

La demande d'auxiliaire de vie scolaire individuel est mise en avant chez une petite fille en grand échec. Les enseignants sont en grande difficulté et l'auxiliaire de vie scolaire est très utile. C'est (entre autres) la nécessité de cette aide humaine auprès de l'enfant, qui ne serait plus assurée en CLIS (où opère un auxiliaire de vie scolaire collectif, mutualisé), qui a fait refuser l'orientation.

Mais la mise à disposition d'un auxiliaire de vie scolaire individuel peut-elle changer la donne ?

La situation scolaire de Caroline est déjà très difficile, cette fillette est en souffrance en classe. Elle ne pourra progresser à l'école qu'avec des objectifs raisonnables, en rapport avec ses possibilités gravement entravées par des difficultés cognitives spécifiques *et plurielles*. Cette petite fille doit être aidée en temps réel pour toutes les tâches scolaires par un auxiliaire de vie scolaire individuel. Mais cette élève en échec global peut-elle encore progresser en classe ordinaire ?

L'orientation en CLIS 1²⁸ (NB : il n'y a pas d'autres choix dans son département) est justifiée par la comorbidité des troubles cognitifs spécifiques. Le cumul de difficultés n'est pas compatible avec une scolarité en classe ordinaire. Les deux difficultés cognitives majeures élèvent en effet la problématique de Caroline au rang de handicap scolaire grave et l'orientation vers une CLIS proposée sur ces arguments est acceptée. Caroline n'y fera pas de progrès dans l'immédiat mais va retrouver le plaisir d'aller à l'école...

Le projet thérapeutique de Caroline s'inscrit dans une perspective de respect de la personne et d'évaluation d'une situation clinique dans sa globalité. Il tient compte des capacités intellectuelles (préservées), des déficits cognitifs (pluriels), de l'échec scolaire et la souffrance de l'enfant (intenses). L'inclusion en CLIS 1 s'avère conforme à la réalité de Caroline.

Point d'orgue

Les cliniciens sont souvent confrontés à des situations confuses, dans lesquelles il n'est pas évident de différencier une association de dys- d'une déficience intellectuelle. Cependant, les erreurs peuvent aussi résulter de démarches incomplètes, engageant alors l'enfant et l'ensemble des professionnels dans des projets et des propositions d'aides inadaptés.

Les diagnostics de dyspraxies, pas plus que ceux de déficience intellectuelle, ne peuvent se faire en se basant sur *un* examen (exemple : les résultats aux notes

²⁸ CLIS 1 : ces dispositifs scolaires spécialisés réunissent des enfants présentant des troubles cognitifs *globaux* (déficience intellectuelle et « troubles psychiques », TED, etc.) et spécifiques. Ce sont les dispositifs les plus nombreux et les mieux répartis sur le territoire. Les CLIS « langage » ou « dyspraxie » sont excessivement rares.

d'indice des échelles de Wechsler) ou sur *un* symptôme (exemple : la dysgraphie, même accompagnée d'une certaine maladresse plus globale).

C'est la *confrontation* des éléments issus des tests étalonnés – bien choisis pour répondre aux questions soulevées par les symptômes – et des arguments cliniques d'observation qui permet de conduire, d'organiser une évaluation raisonnée et pertinente.

Ces cas cliniques doivent inciter à respecter une stratégie diagnostique en quatre points, qui seule constitue un garde-fou efficace :

- la *suspicion* de dyspraxie naît des plaintes dans le secteur des gestes, de la structuration spatiale, du graphisme, de la maladresse générale, des activités de la vie quotidienne, et ce de façon durable et en dépit d'un entraînement renforcé;
- l'hypothèse de dyspraxie *se renforce* après élimination de troubles neuromoteurs, neurosensoriels ou psychiatriques (TED) susceptibles de rendre compte des désordres observés;
- la passation de l'ensemble des échelles de Wechsler *confirme* la préservation de l'intelligence générale (épreuves de facteur g verbales), et montre une hétérogénéité significative aux dépens des épreuves qui sollicitent les fonctions visuo-practo-spatiales; elle permet aussi de mettre en évidence (ou de soupçonner) *d'éventuels troubles associés*;
- enfin, le diagnostic *est affirmé* par la passation du bilan psychomoteur et/ou ergothérapique (et, éventuellement, orthoptique), qui décrit les aspects spatiaux et visuo-moteurs du trouble, évalue le handicap dans les différents secteurs de la vie scolaire et personnelle du jeune.

Toute démarche « allégée » comporte des risques, qui pèseront sur l'avenir de l'enfant.

Tout symptôme qui ne ressort pas clairement du syndrome dyspraxique doit poser question et être investigué (voir Augustin, cas clinique 2; voir Lionel, cas clinique 3).

Beaucoup (tant du côté des familles que des professionnels) cherchent à « fuir » le diagnostic de déficience intellectuelle et à le renommer « multi-dys- » : cette démarche ne mène à terme qu'à de nouvelles impasses pour l'enfant et sa famille (voir Dimitri, cas clinique 4).

Inversement, le caractère spécifique des troubles cognitifs n'exclut nullement que deux d'entre eux soient associés (voir Caroline, cas clinique 5), car « spécifique » ne s'oppose pas à « pluriel » mais à « trouble cognitif global ».

C'est souvent *le suivi à long terme* qui permet de rectifier ou de compléter le diagnostic, à condition de savoir s'étonner d'une évolution qui n'est pas celle qui était prévue et d'accepter de reprendre alors l'ensemble des éléments, de compléter le bilan et de revoir ses conclusions.

Ces conditions sont pourtant souvent délétères pour les enfants et les parents, justifiant de réorientations pénibles et accréditant le sentiment d'annonces diagnostiques itératives, en cascade, décourageantes et démobilisantes.

Un diagnostic fiable et précoce, qui ne s'arrête pas à des apparences fragiles, évite ces errements si douloureux.

CHAPITRE 3

Les troubles associés

Préambule

La plupart des enfants qui consultent pour troubles cognitifs spécifiques ou troubles spécifiques des apprentissages présentent une grande variété de symptômes et de plaintes : « Il écrit mal, il a des troubles de l'attention, il a de mauvais résultats en maths, la lecture reste laborieuse, etc. » Comment se retrouver dans cette profusion de signes, dans des domaines si variés ? Nous en avons déjà traité en nous interrogeant sur la démarche diagnostique (*voir* Caroline, chapitre 2, cas clinique 5). Mais ces cas sont si fréquents, et ils nous mettent tellement en difficulté, que nous avons voulu leur consacrer un chapitre.

La plus mauvaise des solutions serait de confondre la multiplicité des symptômes avec des diagnostics et de faire de ces plaintes disparates une longue association de pathologies du type « dysgraphie + TDA/H + dyscalculie + dyslexie + ... », ou, pire encore, « multi-dys- » !

L'abondance des signes peut égarer le clinicien. Il lui faudra beaucoup d'opiniâtreté pour distinguer, dans ce foisonnement, ce qui ressort :

- d'une réelle association de deux dys-, dont chacun doit être investigué précisément ;
- d'une déficience mentale mimant une association de dys- (ou inversement ! *voir* Dimitri, chapitre 2, cas clinique 4 ; ou Caroline, chapitre 2, cas clinique 5) ;
- simplement des conséquences plurielles normalement attendues d'un dys-*unique* qui n'aurait pas été repéré. Ainsi, une dyspraxie visuo-spatiale peut à elle seule avoir des répercussions dans l'apprentissage de la numération et du calcul, dans l'accès à la lecture, les compétences en orthographe, en géométrie, etc. De même, un déficit en mémoire de travail peut induire une dyslexie, une dyscalculie, un pseudo-trouble attentionnel, etc.

Nous présentons ici trois cas cliniques qui s'avèrent d'authentiques associations de dys- : c'est en effet le cas d'environ la moitié²⁹ des jeunes diagnostiqués dys-.

²⁹ En fait cette proportion est probablement discutable pour les raisons exposées ci-dessus, en particulier du fait de la confusion entre diagnostic unique générant de multiples symptômes, et « multi-dys- ».

Hiérarchiser les symptômes, les confronter, les interpréter, leur donner sens : le chemin est souvent long et semé d'embûches mais à l'issue de ce parcours, on évitera les décourageants et inutiles listings de dys-, et on sera en mesure de faire à ces enfants des propositions véritablement adaptées.

Adam, une dyspraxie visuo-spatiale et une dyslexie phonologique

Adam, âgé de 8,3 ans, est examiné à la demande de ses parents qui souhaitent un avis spécialisé après l'évocation d'une dyspraxie visuo-spatiale par le CMP où leur fils bénéficie d'un suivi en psychomotricité.

Présentation

Adam, né à terme, après un accouchement eutocique, est le premier d'une fratrie de trois. Aucun antécédent familial de « dys- » n'est retrouvé.

Son développement staturo-pondéral et psychomoteur s'est déroulé sans particularité : marche à 14 mois, langage d'apparition précoce sans trouble de la parole. Par la suite, les parents ont constaté une maladresse importante et persistante dans les activités de la vie quotidienne. Cette maladresse a été remarquée par les enseignants dès la scolarité en maternelle lors des activités manuelles. Elle avait particulièrement attiré l'attention en CP concernant le graphisme. Au moment de la consultation, Adam est scolarisé en CE2.

Les parents d'Adam évoquent « une dyslexie et des difficultés graphiques ». Les enseignants jugent l'écriture manuelle peu exploitable en classe chez un enfant globalement maladroit. Ils font état de difficultés importantes pour dénombrer, en géométrie, mais aussi en lecture.

Parents et enseignants confirment que la mise à disposition d'un auxiliaire de vie scolaire améliore considérablement la situation scolaire d'Adam, capable de meilleures performances avec aide.

Évaluations standardisées, antérieures à la consultation

Bilan psychométrique (à l'âge de 6,9 ans)

Une première évaluation a été conduite par la psychologue scolaire qui opte pour la passation des EDEI-R* et conclut : « L'écart entre le niveau d'efficiency verbale (NE-V = 110) et celui de l'efficiency non verbale (NE-NV = 88) ne peut être expliqué que partiellement par les difficultés visuelles. D'autres éléments sont à considérer : les difficultés d'analyse visuo-spatiale, la maladresse graphomotrice... d'autant qu'Adam présente des difficultés d'organisation gestuelle dans la vie quotidienne. »

Un deuxième bilan (NEMI-2*) a été proposé à l'âge de 7,5 ans, témoignant d'un indice d'efficiency cognitive (IEC) compris entre 107 et 119, correspondant au rang percentile 81.

Bilan orthophonique (à l'âge de 7,1 ans)

Ce bilan révèle un important retard d'acquisition du langage écrit en raison de troubles phonologiques associés à des difficultés visuelles. La voie d'assemblage, non encore efficiente, est altérée par la persistance de confusions auditives sourdes/sonores (ch/j, t/d, c/g, p/b) et la confusion de sons vocaliques complexes (ou-on). On note des inversions de lettres liées à un traitement phonologique déficitaire et un non-respect de la séquentialité (exemple : tro-tor). D'autre part, des confusions visuelles entravent la lecture (m/n, b/d, p/q). On des pointe difficultés graphiques et une lenteur manifeste.

Bilan psychomoteur (à l'âge de 7,2 ans)

Adam présente des difficultés importantes en graphomotricité et en repérage spatial (voir figures 3.1. et 3.2.). Le geste reste peu précis. Les épreuves exigeant de la stratégie/planification sont très difficiles à réaliser.

Bilan orthoptique (à l'âge de 7,8 ans)

Le bilan met en évidence une faible efficacité de la poursuite visuelle lente et surchargée de saccades, ainsi que des saccades oculaires irrégulières et mal calibrées.

Éléments recueillis au cours de la consultation

Lors de la consultation, l'acuité visuelle est fonctionnelle, avec une correction optique minime (hypermétropie et astigmatisme). Adam est mis en difficulté par les réalisations praxiques et visuo-spatiales telles que les constructions avec des cubes, la copie de figures complexes ou sur quadrillage.

Le niveau de lecture est très faible (ELFE*), mesuré inférieur au percentile 5 : douze mots sont correctement lus en une minute.

La lecture des mots fréquents (BALE*) est très malaisée pour Adam :

- mots réguliers : -3,9 e.t. Le temps mis pour la lecture est considérable : 325 secondes (moyenne des CE2 : 26 ± 9 secondes). Les erreurs phonologiques sont nombreuses, on relève par exemple : « élan » devient « eulon » ;

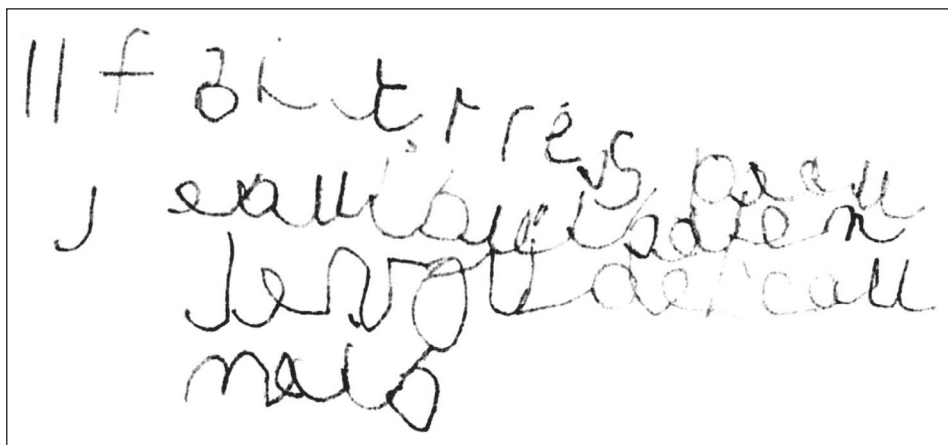


FIGURE 3.1 Adam, 7,2 ans, BHK*.
Le graphisme est inexploitable.



FIGURE 3.2 Figure de Rey*, copie : 7,2 ans.

- mots irréguliers : -4,1 e.t. Le temps de lecture est de 382 secondes (moyenne des CE2 : 33 ± 14 secondes). On note que « monsieur » devient « mo/si/ère », « sept » devient « seu/é/pète » et que « moyen » devient « moi/en » ;
- non-mots : on devra stopper l'évaluation de la lecture des non-mots après six items (réussite 3/6), car l'enfant est épuisé. On remarque que « sande » devient « sante », « givor » devient « chivo » et que « bondeuse » devient « ponteuse ».

La dyslexie est avérée, les voies de lecture directe et indirecte sont toutes deux déficitaires : la dyslexie est mixte, phonologique et visuelle.

L'écriture manuelle est très coûteuse pour Adam, elle est inefficace (voir [figure 3.3.](#)). Il est délicat de déchiffrer ses productions, même son nom et son prénom.

On convient avec la famille de la nécessité de reprendre les investigations.

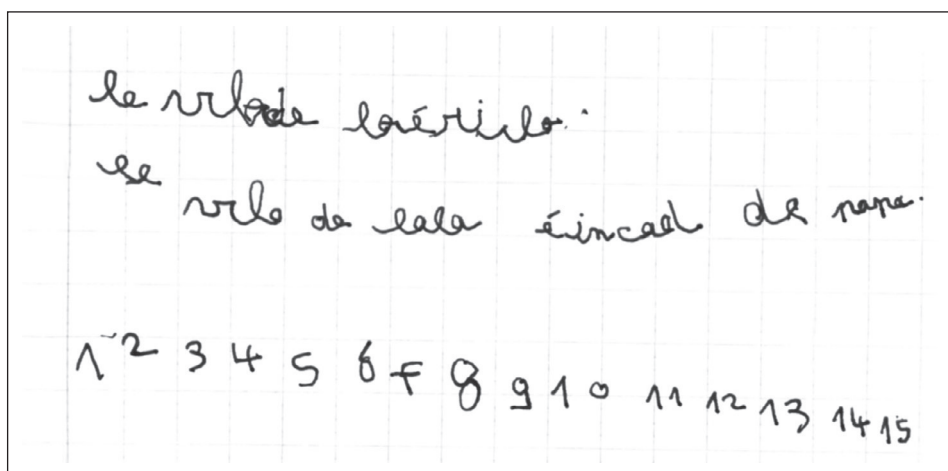


FIGURE 3.3 Dictée en consultation.

Texte dicté : « Le vélo de Léo est rigolo. Le vélo de Léa est un cadeau de papa. »

Évaluations complémentaires

Adam est alors âgé de 8,3 ans.

Échelles de Wechsler :

La passation d'une échelle de Wechsler (WISC-IV*, à l'âge de 8,3 ans. Voir [figure 3.4.](#)), montre un décalage significatif entre les indices de compréhension verbale et de raisonnement perceptif, aux dépens de ce dernier (indice de compréhension verbale = 116, *versus* indice de raisonnement perceptif = 79). La différence est encore plus significative si l'on compare entre elles les épreuves conceptuelles : sur matériel verbal (similitudes, NS = 14), mettant en jeu les fonctions praxiques et/ou visuo-spatiales (cubes, NS = 8; matrices, NS = 3).

Les mémoires transitoires estimées aux empan de chiffres situent les performances d'Adam dans la norme pour son âge (mémoire des chiffres, NS = 8). Mémoire immédiate : empan de chiffres à l'endroit de 5, la mémoire de travail est limite pour l'âge avec empan de chiffres à rebours de 3.



FIGURE 3.4 Adam, 8,3 ans : WISC-IV*.

Notes standard s'écartant de la moyenne	Au-dessus	Similitudes (NS = 14) Vocabulaire (NS = 15)
	Au-dessous	Matrices (NS = 3) Code (NS = 1)
Notes significativement faibles par rapport au niveau de conceptualisation verbal	NS ≥ 6 points par rapport à Similitudes (NS = 14)	Cubes (NS = 8) Complètement d'images (NS = 7) Mémoire des chiffres (NS = 8) Code (NS = 1)

Le subtest code, qui sollicite les compétences graphomotrices, est particulièrement échoué (NS = 1).

Fonctions praxiques et visuo-spatiales :

Les difficultés praxiques et visuo-spatiales sont confirmées par la contre-performance à des subtests choisis dans la WISC-III (assemblage d'objets, NS = 5 ; labyrinthe, NS = 3) et la NEPSY-I*. Au sein des traitements visuo-spatiaux (rang percentile = 4) : copie de figures, NS = 5 (voir figures 3.5a. et 3.5b.) ; flèches, NS = 7.

La copie de la figure de Rey* (voir figure 3.6.) met toujours Adam en grande difficulté.

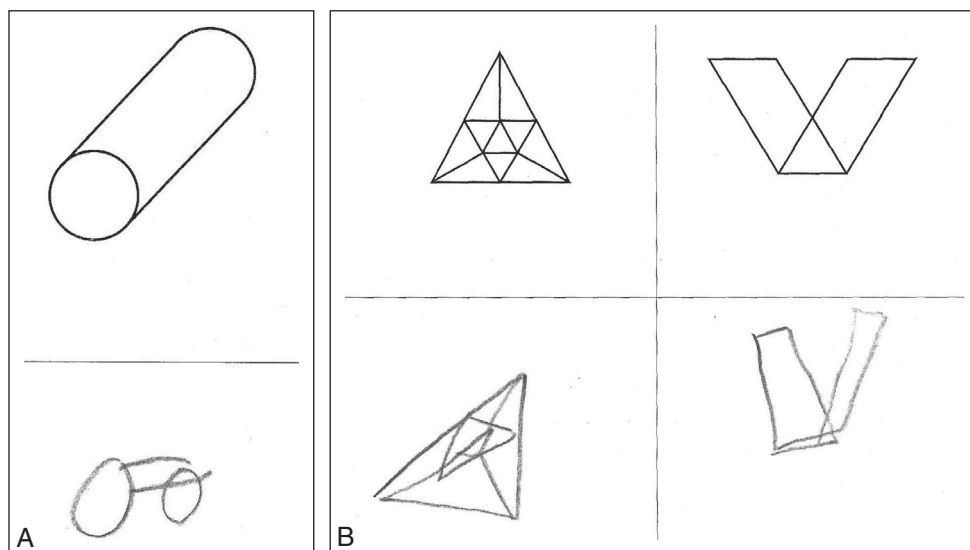


FIGURE 3.5A ET 3.5B Adam, NEPSY-I* : Copie de figures.

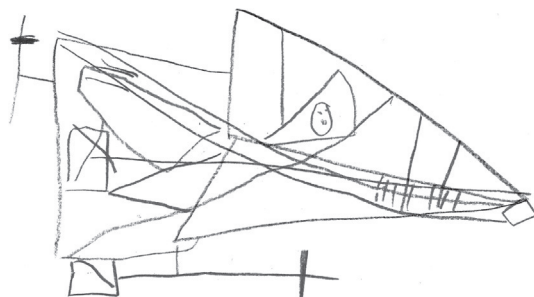


FIGURE 3.6 Adam, 8,3 ans : Figure de Rey*, copie.
La production est inférieure au centile 10.

Fonctions mnésiques :
Épreuves sollicitant la mémoire : la mémoire à long terme est correcte. Dans les épreuves mnésiques, l'apprentissage à partir d'un matériel visuel est lent et l'apprentissage intermodal est tout à fait bénéfique (*voir [tableau 3.1.](#)*).

TABLEAU 3.1.

Domaines	Sustests	Notes standard
Mémoire et apprentissages NEPSY* (rang percentile = 52)	Visages	9
	Prénoms	13
	Mémoire narrative	9
	Répétition de phrases	14
	Répétition de listes de mots	13

Fonctions exécutives :
Les épreuves du domaine fonctions exécutives sont entravées dans leurs composantes attentionnelles par l'aspect visuel et visuo-spatial (*voir [figure 3.7.](#)*), mais préservées en modalités auditivo-verbale (*voir [tableau 3.2.](#)*).

TABLEAU 3.2.

Domaines	Subtests	Notes standard
Attention et fonctions exécutives NEPSY* (rang percentile = 12)	Tour	11
	Attention auditive et réponse associée	8
	Attention visuelle	4
	Fluidité de dessins (<i>voir figure 3.7.</i>)	1

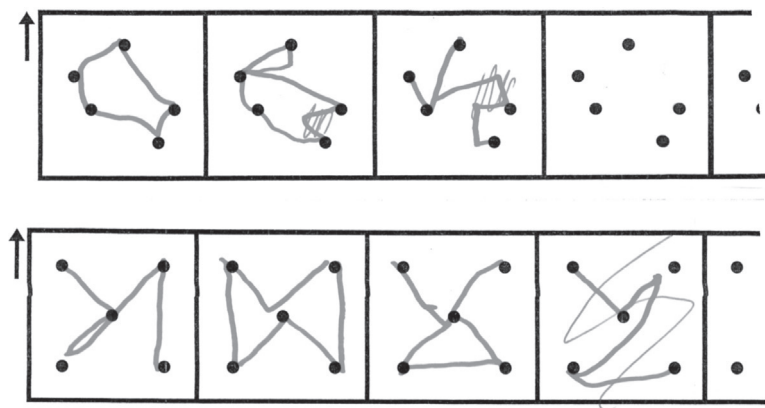


FIGURE 3.7 Adam, NEPSY I* : Fluidité de dessins.

Le bilan ergothérapeutique :

Le bilan ergothérapeutique (à l'âge de 8,4 ans) : le DTVP-2* (voir [figure 3.8.](#)) confirme les troubles :

- de l'exploration visuelle, apparemment organisée, mais pas toujours efficace;
- de l'analyse visuo-spatiale : repérer les orientations, les obliques, les relations spatiales;
- pour construire en deux et trois dimensions (reproduction de figures) lors des réalisations graphomotrices et oculo-manuelles.

Une maladresse gestuelle impacte les activités de la vie quotidienne et le maniement des outils scolaires. L'écriture manuelle testée par le BHK* (voir [figure 3.9.](#)) est très lente et coûteuse, ce qui la rend difficilement exploitable en classe.

À noter, la très médiocre évolution en un an ([voir figures 3.1. et 3.3.](#)).

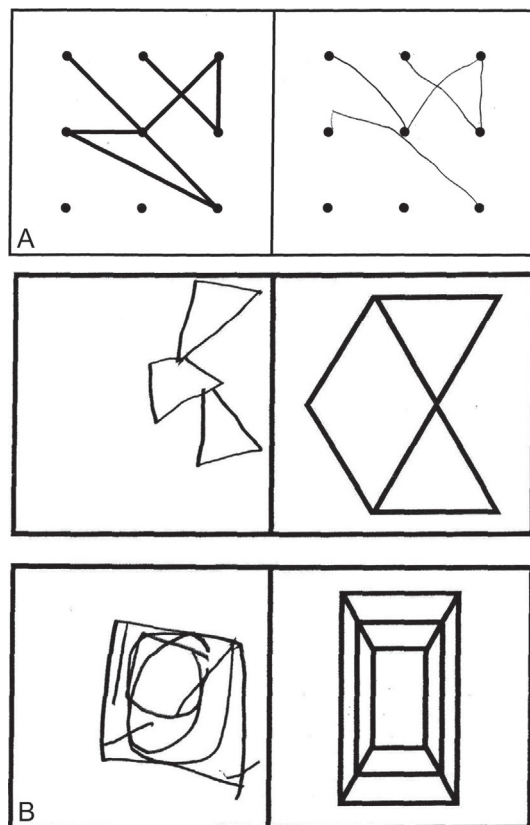


FIGURE 3.8A ET 3.8B Adam, DTVP-2.

En haut : relations spatiales; en bas : copie de figures.

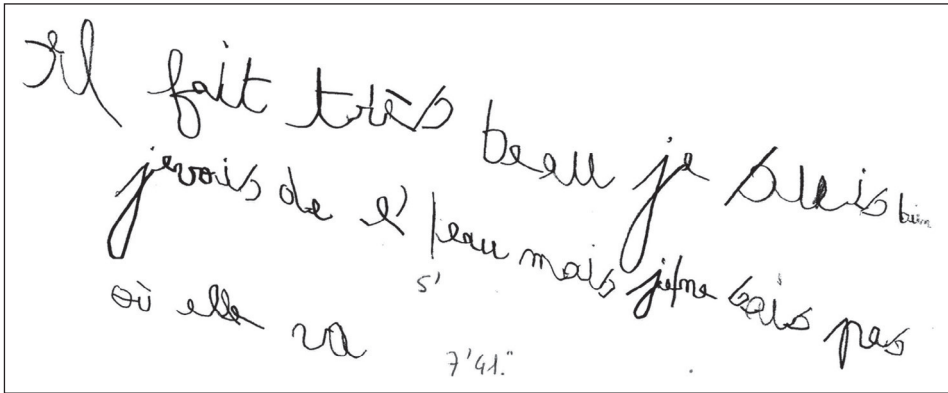


FIGURE 3.9 Adam, 8,4 ans : BHK*.

Copie de texte, temps total : 7'41", vitesse : < -2 e.t., qualité : < -2 e.t.

Évolution au cours de l'année de CE2

L'évolution durant l'année de CE2 est favorable sur le plan de l'investissement de l'outil informatique, la frappe au clavier est en bonne voie, mais l'intensité de la dysorthographe va poser problème.

Les adaptations doivent tenir compte du déficit en langage écrit qui ne touche pas, comme en situation « classique » de dyspraxie visuo-spatiale, le seul domaine de réalisation manuelle des lettres et des mots. Il s'agit là d'une panne globale en langage écrit où vient s'ajouter aux difficultés de calligraphie une panne sévère conceptuelle touchant la voie d'entrée (la lecture) et la voie de sortie (transcription écrite et maîtrise orthographique) en langage écrit. D'autres adaptations devront possiblement être envisagées (oralisateur de texte, dictée vocale). Elles infléchiront les rééducations. Malgré cela, en fonction de la rentabilité de ces nouveaux outils palliatifs, permettant (ou pas) de contourner les problèmes structurels en langage écrit, il est possible que la scolarité au-delà du primaire soit difficilement envisageable et qu'une orientation soit proposée.

La dyspraxie visuo-spatiale est bien prise en compte dans le cadre scolaire. Adam est très performant à l'oral. Les documents sont adaptés. On utilise des repères couleurs pour la lecture. Pour les textes longs, on a recours à l'oralisateur de textes (à la maison) et à l'auxiliaire de vie scolaire en classe. L'utilisation de l'ordinateur autorise une transcription écrite jugée lisible avec des erreurs d'orthographe. L'ordinateur, avec l'aide de l'auxiliaire de vie scolaire, permet de réaliser des écrits qui satisfont aux exigences en français pour le niveau de classe.

La dictée vocale est cependant envisagée pour le CM afin de préparer l'entrée au collège. L'association, la comorbidité, dyslexie phonologique et dyspraxie visuo-spatiale, ne permettent donc pas, comme on s'y attendait, une utilisation rentable de l'ordinateur *via* le clavier pour réaliser des écrits.

Le déficit conceptuel en langage écrit passe alors au premier plan par rapport à la dysgraphie, imposant logiquement les adaptations admises en situation de dyslexie-dysorthographe « phonologique » sévère.

Conclusion

Adam présente une *dyspraxie visuo-spatiale* avérée. La dyslexie-dysorthographe qu'elle engendre est particulièrement sévère, car d'origine mixte.

L'accès au langage écrit est rendu très difficile en raison d'un *déficit des traitements phonologiques*, accompagné d'une faiblesse en mémoire de travail auditivo-verbale, auxquels s'ajoutent des troubles neurovisuels. La dyslexie-dysorthographe est le résultat d'une comorbidité de troubles cognitifs. Cette association de troubles impacte tous les traitements intrinsèques à la reconnaissance des mots : la phonologie, les aptitudes de prise d'information visuelle, le décodage en temps réel en début d'apprentissage (mémoire de travail).

Dans ce contexte le pronostic de la dyslexie-dysorthographe est plus réservé.

Tancrède, une dyspraxie et un TDA/H

Plainte, présentation

Tancrède, âgé de 11,9 ans, présente des séquelles neurologiques de complications postopératoires survenues lors de son premier mois de vie, constituant un tableau d'« infirmité motrice cérébrale a minima ».

La plainte principale concerne le graphisme, et tout particulièrement l'écriture manuelle. L'autonomie fonctionnelle du jeune garçon est excellente, mais limitée toutefois par une maladresse pathologique en raison d'une dyspraxie visuo-spatiale dont le diagnostic avait été posé précocement dès l'âge de 6 ans par une équipe de SESSAD.

Des préconisations pertinentes et précises avaient alors été rédigées, mais jamais mises en place par la suite en classe. De ce fait, le patient manifeste une souffrance scolaire intense en fin de primaire. Lors de notre rencontre, il est en CM2, avec le soutien d'un auxiliaire de vie scolaire à mi-temps. Pour ses parents, « rien ne va ! » : ils déplorent une absence d'adaptation aux difficultés de Tancrède. On relève cependant de notables réussites telle son entrée dans la lecture à l'âge chronologique. Cet enfant vif, appétant pour la scolarité, très cultivé, lit de nombreux romans et s'intéresse à tout.

Recueil des données antérieures à la consultation

Les données psychométriques de la WISC-III, à l'âge de 6 ans (voir [figure 3.10.](#)) montrent un différentiel QIV/QIP de 42 points en faveur du QIV. Seules des notes de QIV et de QIP sont indiquées lors d'une seconde évaluation (WISC-III, à 9 ans), mais le différentiel est toujours conséquent en faveur du QIV (34 points).

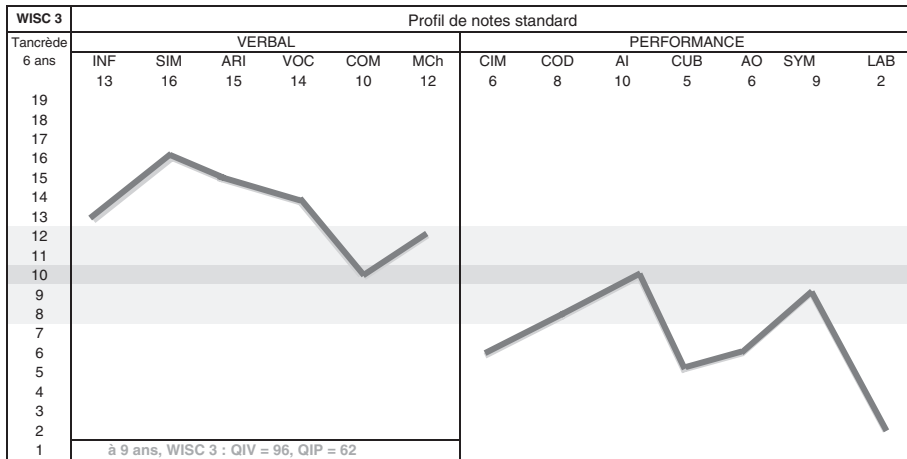


FIGURE 3.10 Tancrède. WISC-III. 6 ans.

Notes standard s'écartant de la moyenne	Au-dessus	Similitudes (NS = 16) Arithmétique (NS = 15) Vocabulaire (NS = 14) Information (NS = 13)
	Au-dessous	Complètement d'images (NS = 6) Cubes (NS = 5) Assemblage d'objets (NS = 6) Labyrinthe (NS = 2)
Notes significativement faibles par rapport au niveau de conceptualisation verbal	NS en décalage \geq à 6 points par rapport à Similitudes (NS = 16)	Symboles (NS = 9) Code (NS = 8) Complètement d'images (NS = 6) Cubes (NS = 5) Assemblage d'objets (NS = 6) Labyrinthe (NS = 2)

Consultation

Tout au long de l'examen, Tancrède est très mobile, bouge beaucoup sur sa chaise, tripote tout ce qui est à sa portée, peine à contenir une hyperactivité motrice et présente une impulsivité très nette et une concentration labile. Il manifeste une distractibilité exogène (il est perturbé par le moindre événement intercurrent) et endogène (il est perturbé par ses propres pensées) : il est logorrhérique, présente des diffusions, des coqs à l'âne, des persévérations. À l'aise dans le secteur verbal, conscient de ses difficultés de réalisation, Tancrède monopolise la parole. La nécessité d'un cadrage permanent est mal vécue par Tancrède quand l'étayage de l'adulte se décline en injonction formelle.

Ces éléments cliniques qualitatifs seront retrouvés avec les différents examinateurs, dans toutes les épreuves, et sont notés dans tous les lieux de vie : en famille et en classe...

- Tancrède est en difficulté lors d'*épreuves praxiques simples* comme la construction d'une pyramide de base 4.
- Les *épreuves visuo-spatiales* révèlent une grande désorganisation, des difficultés de repérage topologique de perception ou de réalisation avec les obliques (voir figures 3.11a., 3.11b. et 3.11c.).
- On met en évidence une difficulté de *poursuite oculaire*, non fluide, irrégulière. L'organisation de saccades est très difficile. Une fatigue exagérée et précoce perturbe l'examen oculomoteur.
- La *graphie manuelle* est déficitaire et inexploitable en situation classe (voir figure 3.12.).

Avec des insertions de majuscules au milieu de mots, des combinaisons constante de plusieurs typographies. L'écriture manuelle n'est aucunement automatisée.

Le bilan ergothérapique confirme l'éventail des difficultés : « Tancrède, droitier, présente une très discrète dystonie des membres supérieurs légèrement plus marquée à gauche. Il est pénalisé par des troubles praxiques importants, idéatoires, idéomoteurs qui le gênent dans la vie quotidienne, l'utilisation des outils scolaires, l'organisation de son travail. Les troubles visuo-spatiaux débordent le cadre de la gestualité (flèches, NEPSY-I* : NS = 3). Il existe des éléments de dyspraxie visuo-spatiale avec une sévère dysgraphie... Il est surtout très gêné dans sa scolarité par des troubles dysexécutifs très présents : sa distractibilité, son impulsivité, une grande difficulté à gérer ses émotions et frustrations, une certaine désinhibition. Les troubles dysexécutifs sont d'intensité telle qu'ils peuvent interférer dans toutes les épreuves proposées. »

Conclusion de l'évaluation

À l'époque (2004), nous ne disposons pas d'outils spécifiques (comme la TEA-Ch*, sortie en 2006), mais l'évaluation pluridisciplinaire du service est concordante : les éléments cliniques permettent de conclure à des troubles des fonctions attentionnelles et des fonctions exécutives, associés à une dyspraxie visuo-spatiale, dans un contexte de vivacité et de pertinence intellectuelle chez un enfant fortement motivé par le scolaire. Les observations convergentes de tous les adultes autour de Tancrède, dans toutes les situations (au collège, au domicile, en rééducation), permettent de poser un diagnostic de comorbidité : *dyspraxie visuo-spatiale et TDA/H*.

Évolution

Tout au long du *primaire*, Tancrède a pu progresser grâce à ses notables capacités, en particulier verbales et mnésiques, malgré des difficultés cognitives plurielles, dont certaines (dyspraxie visuo-spatiale) avaient été évaluées précocement, mais sans adaptations notables.

À l'*école élémentaire*, en CM2, les difficultés de Tancrède sont constatées. Elles concernent surtout la calligraphie manuelle et la réalisation de la géométrie. Aucun contournement de l'écrit n'est proposé. Dans les autres matières, les difficultés de Tancrède sont surtout liées au TDA/H. Elles concernent, de façon globale, la disponibilité et la planification. Étayé par l'auxiliaire de vie scolaire,

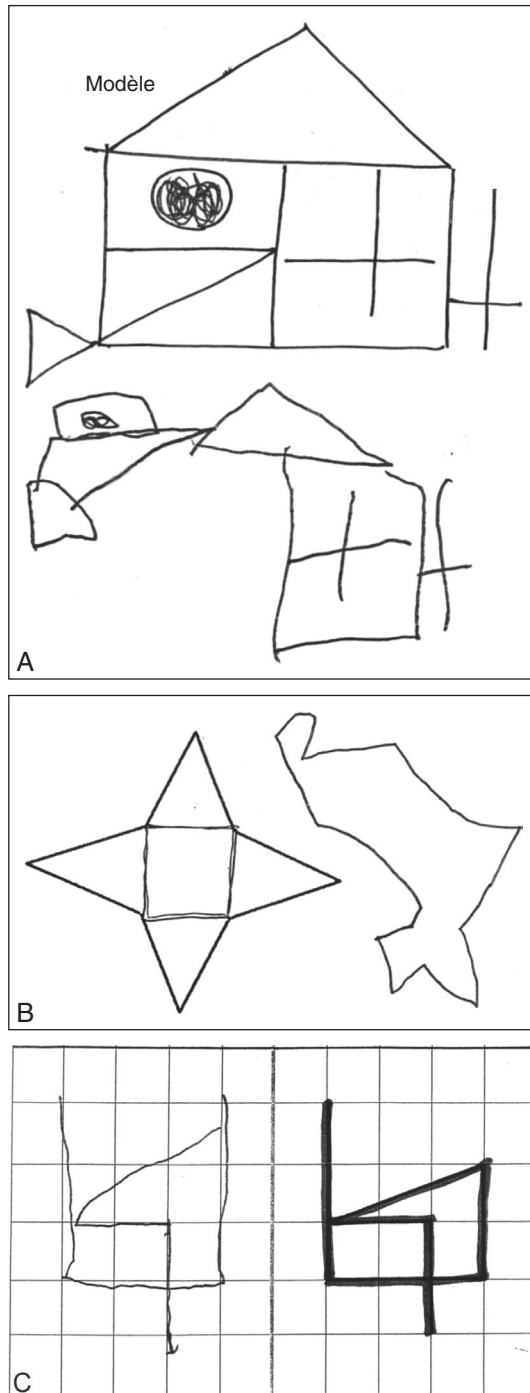


FIGURE 3.11A à 3.11C Tancrède, 11,9 ans, différentes réalisations graphiques, en copie.

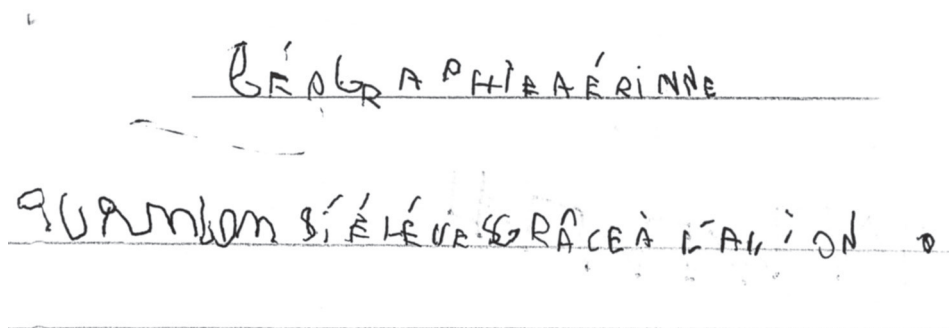


FIGURE 3.12 Tancred, 11, 9 ans, dictée.

Épreuve quasi-impossible, lenteur (arrêt de l'épreuve au bout de 5').

il est relativement performant, mais très fatigable. Notre service plaide pour des adaptations et contournements qui restent à mettre en place de façon systématique pour plus d'efficacité. Il est alors orienté en sixième ULIS.

Le collège est accueillant et bienveillant, mais il semble totalement dépassé par la problématique de Tancred en début d'année. D'une part, dans un nouvel environnement, cet élève TDA/H est très déstabilisé. D'autre part, le dispositif ULIS n'est pas adapté à cet élève qui a besoin de l'aide constante d'un auxiliaire de vie scolaire « individuel » qui n'est pas accordé aux élèves d'ULIS (dans ces classes, l'enseignant est aidé par un auxiliaire de vie scolaire collectif pour dix élèves). Livré à lui-même, Tancred n'est pas gérable, il bouge beaucoup, se lève, interrompt le cours en permanence en raison de ses incessantes associations d'idées... L'enseignant de l'ULIS perçoit rapidement les aptitudes intellectuelles préservées ainsi que la motivation scolaire, il statue sur la nécessité d'un retour rapide en sixième ordinaire. Cela est effectif à la rentrée de la Toussaint et Tancred retrouve un auxiliaire de vie scolaire individuel qui s'avérera très pertinent dans la compréhension de l'élève et dans l'aide apportée.

Le projet thérapeutique, hiérarchisé en fonction de l'impact des différents troubles cognitifs dans les apprentissages, peut alors se mettre en place avec une totale collaboration du collège.

- Les difficultés attentionnelles et exécutives sont majeures. Le traitement médicamenteux (méthylphénidate) transforme le comportement et la disponibilité de Tancred. Il est attentif, devient disponible pour les apprentissages, mais aussi pour les injonctions éducatives et les actions rééducatives. Il devient envisageable de lui proposer les contournements habituellement mis en œuvre en situation de dyspraxie visuo-spatiale.
- Grâce au traitement, Tancred s'approprie rapidement les aides proposées en cas de dyspraxie. Il est urgent de contourner enfin la calligraphie manuelle défaillante. Il maîtrise l'apprentissage du « clavier caché³⁰ » en quelques semaines, l'utilisation de l'ordinateur s'avérera rentable en quelques mois, mais l'aide de l'auxiliaire de vie scolaire reste nécessaire pour pallier le déficit « global » d'organisation. L'ordinateur permettra en outre, grâce au travail préparatoire

³⁰ M. Mazeau, C. Le Lostec, *op. cit.*, p. 75-99.

effectué par l'auxiliaire de vie scolaire, de proposer des supports visuels et visuo-spatiaux épurés, plus faciles à traiter. Il sera très rapidement à l'aise avec un logiciel de géométrie dynamique lui permettant la construction des figures.

Tancrède, très partie prenante de son projet, connaît ses besoins et supporte mal les manquements aux adaptations colligées dans le projet personnalisé de scolarisation. L'auxiliaire de vie scolaire restera, tout au long de la scolarité, vigilant au moindre accroc dans le contrat d'aide mis en place avec le collège. Son rôle est fondamental : il sert de « contrôle externe » à Tancrède et de tierce personne pour la gestion des adaptations en rapport à la dyspraxie visuo-spatiale. L'aide est donc explicitée par un écrit :

- la présence de l'adulte (l'AVS) est essentielle pour ramener régulièrement Tancrède à sa tâche, reformuler les consignes, l'aider à s'organiser, le rassurer ;
- la ritualisation du quotidien aide Tancrède à se repérer et fait baisser l'anxiété (sortir et ranger ses affaires d'une certaine façon, passage aux toilettes, lieu de dépôt du sac pendant les récréations) ;
- il dispose de matériel informatique : un ordinateur portable avec une imprimante multifonction. C'est son outil pour écrire et tracer (en classe et à la maison). Il est capable de prendre en note les cours, mais doit être aidé par l'auxiliaire de vie scolaire pour transporter, installer son matériel et éventuellement compléter les cours, faire les schémas, mettre en page, etc. Pour écrire, il utilise indifféremment *Open Writer* ou *Word*. Pour écrire les mathématiques ou faire des schémas de sciences, il utilise les barres *D-maths* et *D-sciences* d'*Open Writer*. Pour la géométrie, il utilise *Géogébra*. Il dispose de *Paperport* pour annoter des documents scannés (géographie, histoire) ;
- la présentation des documents de cours et de devoirs surveillés doit être claire, linéaire, dépouillée, pour l'aider à maintenir son attention et structurer son raisonnement (pas d'élément distracteur, interligne suffisant, schémas grossis et contrastés, documents positionnés les uns après les autres...). Il est possible de fournir le document sur clé USB pour que l'auxiliaire de vie scolaire présente à l'écran un seul exercice à la fois ;
- l'agenda doit être rempli par une tierce personne (auxiliaire de vie scolaire, professeur, camarade) ;
- la présence de l'auxiliaire de vie scolaire pendant les contrôles est importante pour rassurer Tancrède, relire les consignes, l'étayer dans l'organisation de ses réponses et éventuellement lui présenter les exercices au fur et à mesure. Un tiers-temps thérapeutique est préconisé pour les examens ;
- on peut avoir les mêmes exigences de compétences que pour les autres élèves de sa classe, mais à condition de mettre en œuvre les aménagements cités, à la demande d'adapter la quantité, etc.

En début de chaque année scolaire, en accord avec Tancrède, le service de soins présente aux élèves de la classe ainsi qu'à l'équipe pédagogique la pathologie de Tancrède, les aides qui lui sont nécessaires et ses particularités comportementales. Tancrède est ainsi compris, accepté et aidé par tous.

Les résultats scolaires de Tancrède en quatrième sont excellents grâce à la prise en charge efficiente du TDA/H et de la dyspraxie. Sa pertinence et ses productions

étonnent alors les professeurs qui l'avaient connu en début de sixième. Quand les adaptations sont effectives, Tancrede est l'élément moteur de la classe.

À partir de la quatrième, il est nécessaire de modifier le projet thérapeutique en raison de nouvelles exigences scolaires qui rencontrent alors certains éléments du profil cognitif de Tancrede. Les bonnes performances verbales et ses aptitudes intellectuelles sont des points d'appuis forts pour sa scolarité (idées foisonnantes et pertinentes, intelligence flash), mais Tancrede n'a pas pris l'habitude de mettre en ordre ses idées, de programmer les réponses lors de questions de synthèse, d'explicitier son raisonnement. En quatrième, ces compétences sont exigées. Tancrede y accède difficilement. Il convient d'inclure ces données dans le projet thérapeutique et il faudra toute la persuasion de l'équipe et la bonne connaissance de cet élève par certains professeurs pour amener l'ensemble de l'équipe pédagogique à repenser l'aide apportée par l'auxiliaire de vie scolaire. Celui-ci se voit confier la tâche d'aider à classer, trier, organiser, exposer les idées de Tancrede, toujours abondantes et judicieuses. Avec toutes les aides et préconisations mises en place en classe (et validées par tous), puis mises en œuvre dans leur intégralité le jour de l'examen, il obtiendra le brevet des collèges.

Le collège et le service de soins l'accompagneront au lycée pour présenter ce projet personnalisé et individualisé. En fin de seconde générale, ses résultats sont toujours honorables et il poursuit en filière ES.

Accompagner Tancrede, porteur d'une dyspraxie visuo-spatiale et d'un TDA/H dans un contexte de bon potentiel intellectuel, semblait relever de l'impossible pour les parents en fin de primaire. Une autre lecture des troubles leur avait été proposée et pouvait rendre compte de la symptomatologie plurielle. Un syndrome d'Asperger a été mis en avant par certains. Pour d'autres, les difficultés scolaires de Tancrede relevaient d'une problématique psychodynamique familiale. Il nous semble impossible de trancher. Cependant, selon ces lectures, qu'en aurait-il été de la nécessaire technicité et évolutivité d'un projet individuel qui a permis, contre toute attente, la réussite d'une scolarité jugée par tous bien compromise en fin de primaire ?

Le collège s'est révélé exemplaire dans l'application du plan personnalisé de scolarisation et l'accompagnement de cet adolescent atypique.

Grâce au traitement médicamenteux, au contournement systématique de l'écriture manuelle, à l'adaptation des supports et à l'aide irremplaçable de l'auxiliaire de vie scolaire, Tancrede a pu rapidement montrer ses connaissances à l'écrit avec l'ordinateur. La perception des particularités liées aux bonnes aptitudes de Tancrede a alors rendu possibles de nouvelles adaptations individualisées. C'est bien l'évolution positive de Tancrede qui a conduit l'ensemble de ses professeurs à percevoir le niveau d'aide requis pour sa réussite scolaire. Sans cet engagement déterminant d'une équipe pédagogique et de la direction, l'aide du SESSAD aurait été inopérante. La capacité d'adaptation sans faille de l'établissement, la pertinence intellectuelle et l'enthousiasme indéfectible pour les études de cet adolescent, sa capacité à comprendre, accepter et réclamer les aides dont il avait besoin ont été les moteurs de sa réussite en filière générale.

L'abord neuropsychologique des difficultés de Tancrede a résolument contribué à une mise en place pragmatique d'aides évolutives dans le temps : médica-

tion, aides concrètes, guidance éducative et pédagogique, prise en compte d'un potentiel certain mais mis à mal par le TDA/H en fin de collège.

Valentine et Grégoire, une dyspraxie ou un excès d'inhibition

Valentine

Valentine est une jeune fille de 15 ans, scolarisée en classe de troisième. Elle est adressée au SESSAD pour un avis sur une éventuelle dyspraxie.

Éléments d'anamnèse et de consultation

Née à terme, par césarienne en raison de la constatation d'une souffrance fœtale, la vitalité à la naissance est normale (APGAR à 10) et le développement ultérieur sur le plan staturo-pondéral et neuromoteur est conforme à la norme. Cependant, on relève dans le carnet de santé une annotation du médecin scolaire lors de l'examen des 6 ans : « Retard des acquisitions psychomotrices et lenteur tout à fait inhabituelle. » À cette époque, les contrôles auditifs et visuels ainsi qu'une IRM cérébrale s'avèrent normaux.

Valentine a été suivie pendant trois ans au CMPP : prise en charge psychologique et en psychomotricité. Ce suivi a été jugé sans résultat par la famille et interrompu à l'âge de 9 ans.

Au moment de la consultation, la maman nous rapporte que Valentine a des difficultés pour franchir un obstacle, pour marcher sur un sol irrégulier. Valentine a toujours des problèmes pour monter et descendre les escaliers. Elle a des difficultés pour s'habiller, il y a très peu de temps qu'elle peut lacer ses chaussures. Elle a mis beaucoup de temps à apprendre à manger correctement à table. Elle n'a pas pu apprendre à faire du vélo. Elle fait de la natation, mais elle est très lente. Elle n'est pas parvenue à maîtriser un instrument de musique (flûte). La gymnastique s'est avérée inaccessible. Selon sa maman, tous ces problèmes sont liés à une fatigabilité plutôt qu'à un manque de motivation. Elle note qu'avec le temps, il y eut une évolution positive : Valentine est toujours partante pour faire, mais se bloque si elle vit des difficultés importantes ou un échec. Sur le plan du langage, elle nous rapporte que Valentine parle peu et faiblement, à l'économie, avec des temps de latence importants en conversation.

Sur le plan scolaire, elle a poursuivi une scolarité sans redoublement jusqu'à la classe de troisième avec de bons résultats. Elle est entrée très tôt dans la lecture, à 4 ans et demi, et c'est une activité qu'elle affectionne mais elle lit énormément de livres. Valentine fréquente une classe de vingt-sept élèves mais elle n'a pas vraiment d'amis et elle est très isolée. Elle peut parfois être la proie de moqueries et vivement bousculée. Elle ne rencontre pas de problème de mémorisation. En expression écrite, alors que l'écriture manuelle ne pose aucun problème (jolie calligraphie, mais évidemment très lente), il y a, de manière expliquée, des « trous » dans les textes comme si sa pensée pouvait s'arrêter. Elle confirme qu'elle a « beaucoup plus de choses dans la tête [qu'elle n'est] capable d'en écrire ». Ses résultats sont corrects. L'ensemble des professeurs constate

une « absence totale de participation à l'oral », une jeune fille qui « souhaite se faire oublier », mais des résultats corrects à l'écrit. Les appréciations pointent la « lenteur et le manque d'investissement ».

Lors de la consultation, Valentine s'exprime effectivement peu, ni spontanément ni sur incitation. Pour renseigner l'anamnèse, c'est toujours la maman qui doit répondre à sa place. Lorsqu'on l'interroge : « Pouvez-vous citer les quatre principaux fleuves français ? » Elle les nomme sans erreur, mais avec une petite voix, en prenant son temps, avec une pose importante après chaque nom de fleuve : elle ne peut pas émettre une réponse rapide. Valentine ne parle pas, ne prend pas la parole, ne se livre pas, elle semble effectivement fonctionner « à l'économie ». Alors qu'elle est fan d'Harry Potter, même en la sollicitant considérablement et en étayant une réponse orale, elle est incapable de restituer l'histoire. Elle ne réagit pas lorsqu'on lui raconte une version erronée du tome 1 qu'elle connaît très bien. Lors d'une épreuve de dénomination d'images, elle avance pas à pas dans l'analyse du support, détail par détail ; il faut obligatoirement la relancer après chacune de ces étapes, sans quoi elle s'arrête. Elle est cependant capable d'aptitudes surprenantes : en mémoire immédiate d'une série de huit chiffres, la restitution est de six au premier essai, puis de huit au deuxième essai. Elle peut ensuite restituer en ordre inverse ces mêmes huit chiffres, sans erreur et très rapidement, sans qu'il soit nécessaire de lui répéter la série de chiffres.

Sur le plan de la relation, en consultation avec Valentine, on constate une inhibition massive, un énorme problème de « mise en route ». On relève une certaine distractibilité, surtout endogène, elle semble se perdre dans ses pensées. On est frappé, chez cette jeune fille, par la contradiction flagrante entre le désir, l'intentionnalité préservée et la mise en action quasi impossible pour elle. Dans cette situation, que l'on peut penser très difficile pour elle, Valentine n'exprime pas réellement de malaise, mais laisse plutôt transparaître la pénibilité de l'entretien, le caractère intrusif, finalement l'envie que cela s'arrête le plus vite possible.

Au terme de cette consultation, on évoque une inhibition pathologique avec obligation d'étayage important pour obtenir une mise en route, en lien avec un trouble cognitif, dysexécutif, de type « excès de filtre des stimulations de l'environnement ».

Évaluations dans le service

Elles vont comporter un indispensable examen psychométrique, et, compte tenu du défaut de mise en route, des bilans ergothérapique et psychomoteur orientés sur l'aspect qualitatif en situation écologique.

Le bilan psychométrique de Valentine (WISC-IV*, voir [figure 3.13.](#)) révèle une jeune fille inhibée, mais volontaire et désireuse de bien faire. Tout au long de la passation, elle répond et/ou agit à l'économie. Les résultats ci-dessous ne reflètent pas les aptitudes réelles de Valentine. On ne dégage pas de force ou de faiblesse.

L'analyse qualitative est beaucoup plus *informative* : elle confirme les données anamnestiques et cliniques (la symptomatologie est identique). Elle renseigne sur la variabilité des performances liées à la nécessité, ou pas, de recourir au langage (voir *infra*, le subtest Compréhension), de se mettre en route selon qu'il existe, ou pas, une motivation supérieure, un challenge (voir *infra*, variabilité en Mémoire des chiffres).

Les résultats en verbal sont dans la norme (ICV 81) : similitudes (NS = 9), vocabulaire (NS = 8), information (NS = 10) et raisonnement verbal (NS = 8). La performance au subtest compréhension, est faible (NS = 3) et ne reflète pas la réalité de la compétence : la nécessité de construire des phrases en temps réel la pénalise beaucoup, elle abandonne devant son incapacité à s'exprimer. «Valentine présente une réduction majeure du langage avec un pseudo-mutisme sans agrammatisme, ni déviance, ni trouble pathologique... Elle peut parfois sur sollicitation s'exprimer avec des phrases minimales.» Aux similitudes, soit elle reste mutique, soit elle émet uniquement le mot cible : « fruits », « sentiments », « matériaux », « métiers », « eau »...

L'indice de raisonnement perceptif est à 79 : cubes (NS = 6), identification de concepts (NS = 5), matrices (NS = 9) et complètement d'images (NS = 8). Elle est mise en difficulté uniquement par sa lenteur d'exécution.

L'indice de mémoire de travail est à 94. On retrouve un empan de mémoire immédiate de six chiffres en ordre direct. En restitution à rebours, dès trois items réussite une fois sur deux, jusqu'à un empan de 5. Il y a une instabilité très importante des résultats par rapport à ses performances notées le jour de la consultation.

En vitesse de traitement, Valentine est appliquée et ne commet aucune erreur. Seule la vitesse d'exécution la pénalise considérablement : code (NS = 6), symboles (NS = 5), barrage (NS = 3) (voir [figure 3.13](#)).

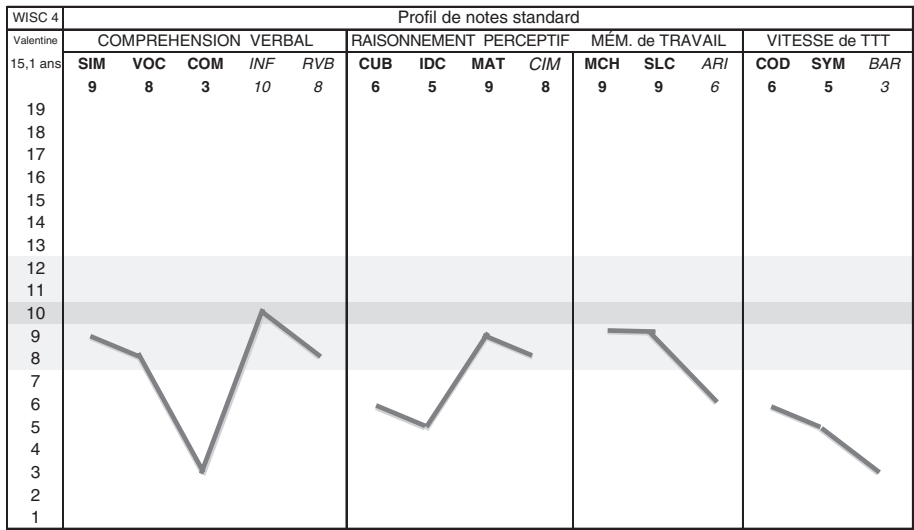


FIGURE 3.13 Valentine, 15,1 ans : WISC-IV*.

Notes standard s'écartant de la moyenne	Au-dessus	Néant
	Au-dessous	Barrage (NS = 3) Compréhension (NS = 3)
Notes significativement basses par rapport au niveau de conceptualisation Similitudes (NS = 9) Matrices (NS = 9)	NS en décalage d'au moins 6 points	Néant

La neuropsychologue conclut : « Valentine semble ne pas présenter de difficultés praxiques idéomotrices. Tous les gestes non effectués semblent plus relever de son inhibition que d'une difficulté de réalisation. »

La figure de Rey* (voir [figure 3.14.](#)), réalisée de proche en proche, est très correctement copiée en 2'41" ... mais, Valentine n'appuie pas suffisamment : le tracé en est à peine visible sur la feuille.

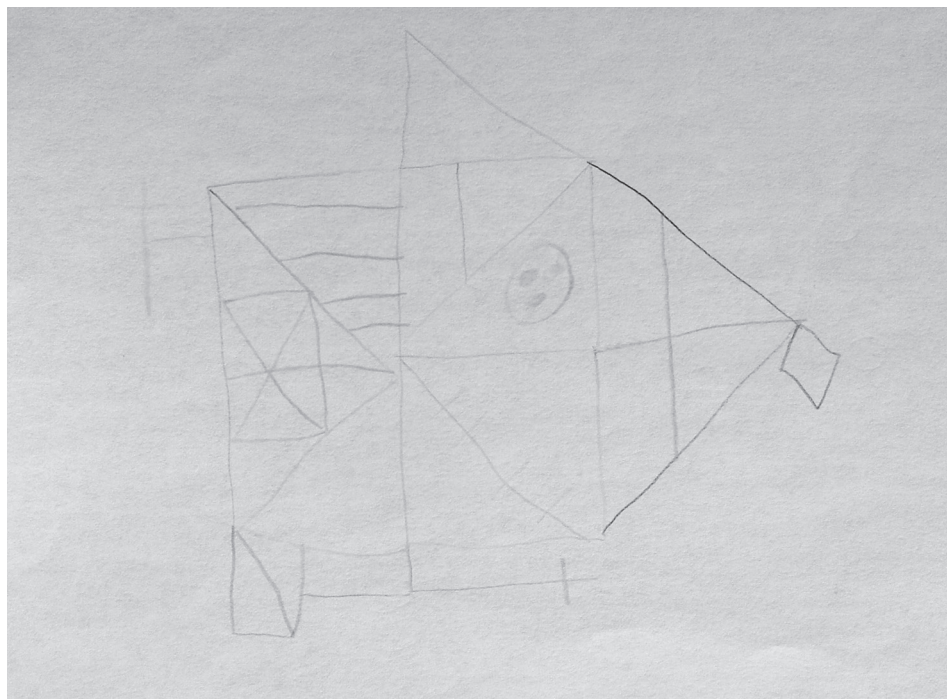


FIGURE 3.14 Valentine : figure de Rey* (copie).

La trace est à peine visible, mais la réalisation est excellente.

En conclusion : « Tableau d'apathie et d'adynamie généralisée avec ralentissement idéatoire et inertie exécutive... se traduisant par une apparente absence de motivation et un retrait social. »

Un suivi psychothérapeutique est préconisé. Valentine rencontrera, à sa demande et pendant quatre ans, une psychologue clinicienne en libéral. Voici son compte-rendu : « J'ai rencontré Valentine durant quatre années, de 14 à 18 ans. Au premier abord, je me suis interrogée sur un éventuel événement traumatique qui l'aurait alors plongée dans une sorte de mutisme... Après plusieurs mois de thérapie tout d'abord à visée analytique puis psychodynamique et enfin d'orientation comportementaliste, aucun résultat n'est apparu. Au terme de la prise en charge, rien d'autre ne me semble pouvoir expliquer le trouble de Valentine qu'un dysfonctionnement neurologique à l'origine de cet état d'inhibition psychique massive. »

Ergothérapie (évaluation à 15,2 ans) : l'ergothérapeute met elle aussi en évidence les mêmes constatations cliniques et confirme les premières hypothèses posées. « L'évaluation de Valentine en ergothérapie avait pour objectif de rechercher des adaptations, des aides techniques pour l'aider dans sa prise en charge personnelle : habillage, toilette, douche, vie quotidienne... Des mises en situation ont donc été réalisées. Celles-ci ont permis d'observer Valentine « en action » en situation écologique. Valentine apparaît très motivée pour préparer des frites : nous procédons alors à l'épluchage des pommes de terre. Elle ne sait pas comment faire. Je réalise donc une démonstration. À son tour, elle essaie, mais est un peu maladroite. Valentine n'a pas « l'idée » d'exercer une pression pour entamer la peau : le couteau économe glisse sur la pomme de terre. Cette maladresse semble plutôt évoquer un manque de pratique, « une habitude à prendre », que réellement une désorganisation gestuelle. On note durant cette activité une lenteur très importante. Au départ, malgré les stimulations verbales que j'apporte, Valentine n'épluche que quatre pommes de terre en trois quarts d'heure... Un gâteau est réalisé lors de la troisième séance. Elle suit la recette, mais attend très souvent que je la relance. Lorsqu'il s'agit de séparer les blancs des jaunes, je montre ce geste complexe une seule fois à Valentine et elle le réalise ensuite parfaitement à plusieurs reprises. Cette réalisation gestuelle permet de relativiser la notion de dyspraxie. Tout au long de la fabrication du gâteau, je dois stimuler Valentine en raison d'une extrême lenteur... »

La psychomotricité est débutée à la demande de Valentine par de la relaxation. « ...Valentine parvient à entrer dans la séance, elle peut fermer les yeux et se centrer sur elle-même suivant les inductions que je propose. Toutefois, la phase de verbalisation de son ressenti est un réel souci : aucun mot ne sort, il lui est impossible d'exprimer quoi que ce soit, ni de positif ni de négatif. Je lui demande alors d'écrire ce qu'elle ressent pour que nous puissions en reparler la semaine suivante (Valentine ayant verbalisé que le support écrit lui semblait plus accessible pour s'exprimer). Les écrits produits par Valentine montrent une bonne volonté évidente, mais ils ne sont pas personnels. Elle ne parvient pas à décrire ce qu'elle ressent. Ils restent d'ordre général, laconiques et stéréotypés : « J'étais détendue, je me sentais bien. » Elle ne mentionne aucune sensation, aucun sentiment. Son discours est plaqué... J'ai proposé alors des séances plus axées sur la motricité : Valentine a bien participé. Elle a montré un réel désir de bien faire. Elle a même montré des capacités d'apprentissage importantes, mais il est apparu une fatigue importante quand on lui demande un effort continu. Le manque d'engagement corporel est très prégnant. Après six mois de prise en charge en psychomotricité, le bilan du suivi est difficilement évaluable. »

Évolution

Valentine quitte le service à 16 ans en raison de notre « limite d'âge », mais nous aurons régulièrement de ses nouvelles. Au brevet des collèges, Valentine parvient à se mobiliser, ses résultats l'attestent : maths : 14, français : 10,5,

histoire-géographie : 9,5. Elle n'a pas pu suivre le rythme de la scolarité en lycée et a dû redoubler la terminale pour obtenir le baccalauréat.

L'évolution ultérieure montrera que, placée en situation très motivante, lors qu'il existe un enjeu important, Valentine peut se mettre en route : elle réussira par exemple à obtenir son permis de conduire.

Ces résultats « paradoxaux » font rediscuter une inhibition psychique, autre éclairage toujours possible à opposer à l'hypothèse d'une inhibition dans le cadre d'un syndrome dysexécutif.

Grégoire

Grégoire, 10,10 ans, est accompagné pour cette unique consultation par ses deux parents et par le médecin scolaire. Il fréquente la classe de CM2 et on se pose également pour lui la question d'une dyspraxie, d'autant qu'il présente une dysgraphie sévère.

Anamnèse et consultation

L'anamnèse de Grégoire est peu contributive : grossesse, accouchement sans particularité, marche acquise à 15 mois, langage mis en place lentement mais bien élaboré en fin de grande section de maternelle.

En raison de l'intensité de ses difficultés graphiques, il a été suivi au CMPP. Le neuropédiatre consulté a écarté une pathologie neurologique. Au moment de la consultation, il est suivi par un SESSAD. Les professionnels de ce service de soins mettent en avant d'importantes difficultés d'initiative langagière et d'action.

Grégoire restera très en retrait et semblera très mal à l'aise tout au long de cette consultation. On souhaite donc le rassurer et on lui propose une tâche qui ne nécessite « ni de parler, ni d'écrire, juste de raisonner ». L'épreuve d'analyse catégorielle des EDEI-R* (proposée hors étalonnage, à titre qualitatif) est choisie à cet effet : il l'accepte et la réussit jusqu'à son terme. Durant cette épreuve, relativement longue, Grégoire est concentré, attentif, sans aucune impulsivité, il est très calme. Il semble heureux de réussir, mais sans parvenir à le manifester explicitement. Nous lui proposons de continuer par des investigations ne réclamant que peu de langage oral ou de réalisations manuelles.

Il présente une bonne mémoire immédiate et une bonne mémoire de travail : empan de chiffres endroit et à rebours : six éléments. Ses capacités gnosiques visuelles de reconnaissance d'images sont efficaces, mais on note la difficulté toute particulière pour Grégoire concernant la dénomination d'images nécessitant d'élaborer une phrase : il tente de répondre en utilisant un seul mot.

Encouragé par ces réussites, on lui propose de nous raconter une BD qu'il affectionne (Tintin : *L'Étoile mystérieuse*). Cela s'avère très difficile pour lui. Il peut, aidé par l'examineur, être un peu informatif, à condition de soutenir la structure temporelle du récit et de l'étayer constamment. À l'épreuve d'expression orale induite par une image (BREV*), il énonce à l'économie : « Le robot donne des crayons », puis, sur incitation : « Le robot donne des crayons aux

enfants ». Spontanément, mais rarement, la longueur moyenne des énoncés est plus importante, avec un lexique et une syntaxe simples, quelques mots de liaison et connecteurs, ce qui confirme l'absence d'un trouble structurel du langage oral.

Interrogés sur les capacités d'expression orale de leur fils à la maison, les parents diront que Grégoire parle aussi à l'économie en famille, mais peut s'exprimer convenablement lorsque les choses l'intéressent, le motivent. C'est également l'avis de l'école où Grégoire participe oralement lors des activités d'éveil, en sciences. Il communique peu avec les adultes alors qu'il participe aux conversations avec certains camarades. Il s'agit donc bien de difficultés de prise de parole, d'initiative du langage. Le langage oral est bien construit (aucun bilan orthophonique n'a jamais été demandé). La lecture à haute voix est correcte.

Il accepte d'écrire et l'on pourra qualifier son écriture manuelle avec une dictee étalonnée de niveau CM2 (voir [figure 3.15](#)). Grégoire écrit très laborieusement et lentement.

Il existe une dysgraphie notable et une dysorthographe importante.

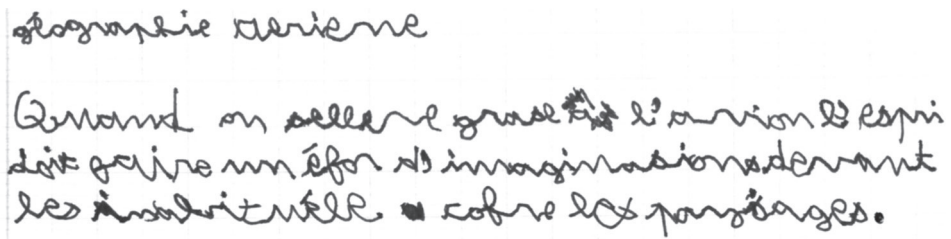


FIGURE 3.15 Épreuve de dictée pour CM2.

Arrêt au bout de 5'. Vitesse d'écriture : < - 4 e.t./CM2.

Bilans préalables

On retrouve les mêmes constatations dans les bilans reçus préalablement à la consultation. Les évaluations scolaires rapportent : « S'insérer dans une conversation », non acquis ; « Copier rapidement et correctement un texte d'une dizaine de lignes », en cours d'acquisition ; « Participer à un débat », en cours d'acquisition ; « très statique », « très inhibé », « Grégoire écoute tout, comprend tout, mais à du mal à prendre la parole. Il fait son travail mais très lentement. Il a toujours un temps de retard sur le reste du groupe »... On relève également : « Se fait souvent chahuter et bousculer par les autres. »

Les résultats dans le domaine des mathématiques sont satisfaisants. La lecture est considérée correcte. Il n'y a aucune participation en langue étrangère. Il peine en activité physique et sportive. On note que Grégoire ne se mobilise que quand les choses le motivent.

Il se fait chahuter par ses pairs et présente une réelle souffrance scolaire.

Le bilan psychométrique, pratiqué à l'âge de 10,6 ans montre, malgré toutes les difficultés de prise de parole, un niveau intellectuel dans la norme. On relève la performance au subtest similitudes (NS = 12), cette épreuve verbale montre de réelles capacités de catégorisation en utilisant une économie de mots. Les

performances aux épreuves information (NS = 4), vocabulaire (NS = 7), compréhension (NS = 7) sont plus faibles, en raison d'une économie de parole. Il faut aller chercher des réponses qui sont laborieuses à obtenir. Arrangement d'images (NS = 12), qui requiert un « langage intérieur », est mieux investi. Cubes (NS = 15) exclut une dyspraxie constructive. Le subtest code (NS = 3) montre les difficultés graphomotrices (voir [figure 3.16](#)).

Au total : bon niveau de conceptualisation, réussite scolaire dépendante du niveau d'exigence en prise de parole, graphisme défaillant, lenteur d'idéation et d'exécution.

Les bilans paramédicaux confortent ces hypothèses :

- le *bilan de psychomotricité* a été très difficile à réaliser au CMPP en raison des difficultés jugées « comportementales » de Grégoire. On relève cependant : « L'intensité des troubles dépasse un trouble des acquisitions des coordinations, même sévère » ;
- le *bilan ergothérapique*, orienté sur l'évaluation de la dysgraphie, concluait en une maladresse motrice globale, excluait une dyspraxie constructive ou visuo-spatiale. La dysgraphie est qualifiée « gênante pour la poursuite de la scolarité ».

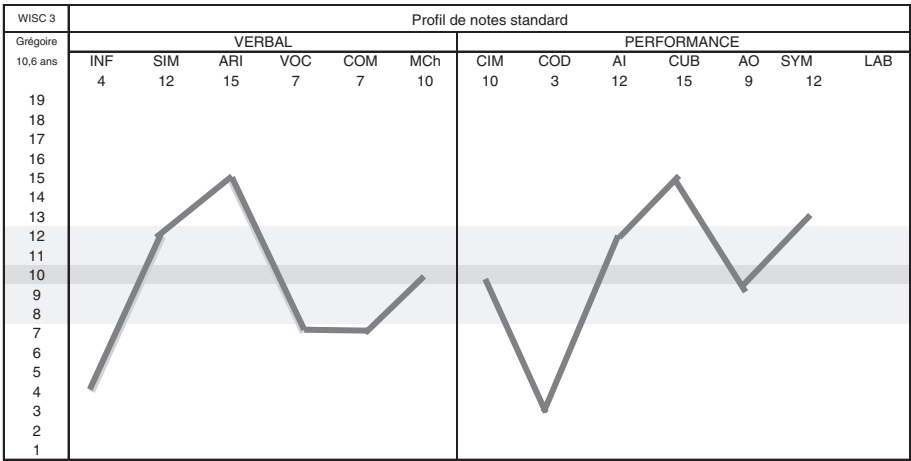


FIGURE 3.16 Grégoire, 10,6 ans : WISC-III.

Notes standard s'écartant de la moyenne	Au-dessus	Cubes (NS = 15) Arithmétique (NS = 15)
	Au-dessous	Information (NS = 4) Code (NS = 3)
Notes significativement basses par rapport au niveau de conceptualisation	NS en décalage d'au moins 6 points par rapport à Cubes (NS = 15)	Vocabulaire (NS = 7) Compréhension (NS = 7) Information (NS = 4) Code (NS = 3)

L'affirmation d'une dysgraphie sévère – l'écriture manuelle est effectivement délétère pour les apprentissages scolaires –, va contribuer à la mise en place de son contournement indispensable. Il convient de lui fournir l'ordinateur qu'il semble attendre avec impatience. Grégoire s'est avéré rapidement efficace, mais lent, avec cet outil.

Évolution

Comme pour Valentine, les enjeux de la scolarité permettront à Grégoire de se mobiliser pour les moments clés. Il obtiendra le brevet des collèges, puis un baccalauréat professionnel, et il poursuit ses études en IUT d'informatique.

Conclusion

La problématique de Grégoire et de Valentine est difficile sur un plan diagnostique.

L'hypothèse neuropsychologique la plus plausible concernant ces deux patients est celle d'un *trouble dysexécutif* dans le sens de l'excès de filtre (des stimulations venant de l'extérieur) avec une inhibition pathologique diffusant dans tous les domaines et ponctuellement vaincue par une motivation exogène, le plus souvent initiée par un tiers. Ce diagnostic est rarement posé, car il est méconnu des praticiens. Une origine psychologique, psychodynamique, est donc la plus souvent mise en avant.

Le bilan montre l'inhibition excessive et le défaut de mise en route dans tous les domaines, avec différents examinateurs, dans différentes situations. Les difficultés constatées peuvent s'amender, voire disparaître, avec l'étayage, la motivation, un enjeu fort... mais sur un temps court. Dans ces moments, le contact, l'interaction, l'informativité, la pragmatique se normalisent peu ou prou, permettant d'écarter un trouble grave de la personnalité.

Un certain nombre d'enfants présentent ces difficultés exécutives ou psychiques responsables d'une akinésie, d'un apragmatisme, d'une apathie, d'un manque d'intérêt apparent et d'initiative (dans tous les domaines), d'une réduction importante de toutes les productions langagières, gestuelles, etc. Pour ceux-là, il faut trouver ce qui les intéresse, les motive, leur permet de se « mettre en route », et s'appuyer sur ces éléments pour progresser au moins ponctuellement.

L'évaluation courte et ciblée réalisée en consultation, sans brusquer les patients (qui peuvent ressentir cette situation très intrusive dans leur fonctionnement, voire se sentir persécutés), permet de proposer cette hypothèse diagnostique.

Cliniquement, il importe de *ne pas réduire à une dyspraxie* des situations de réduction massive d'initiative et de mise en route qui réfèrent soit à une panne de fonction transversale (les fonctions exécutives), soit à une inhibition psychique, mais qui entraînent toujours des troubles globaux, avec une symptomatologie qui déborde et diffère de la sémiologie retrouvée dans les troubles du

développement du geste. Cette pathologie qui constitue une réelle incompétence pour toute « mise en route », incluant une entrave grave à la communication, est fréquemment retrouvée chez les enfants présentant des lésions neurologiques précoces (paralysie cérébrale).

En dehors de ce contexte, cet « excès d'inhibition » interroge toujours l'origine neuropsychologique ou un excès d'inhibition de type psychique. Il y a fort à parier que selon la lecture qui est sera faite du trouble, les prises en charge risquent de différer fortement.

Il s'agit là d'une lecture transnosographique des troubles. Vraisemblablement, il existe un continuum entre troubles des fonctions exécutives, troubles de la cognition sociale et syndrome dyspraxique. Cette lecture dimensionnelle et non catégorielle des troubles permet de respecter les convictions de chacun.

Point d'orgue

Prendre en compte la totalité des symptômes sans s'y perdre ; ne pas se laisser influencer par les diagnostics précédents s'ils ne répondent pas à *l'ensemble du tableau* ; c'est le défi qui doit être relevé. Les descriptions des parents, l'observation patiente – au décours du bilan ou des évaluations –, l'évaluation *qualitative* de ce qui met l'enfant en situation d'échec ou de réussite, tout cela est fondamental.

Encore plus que dans toute autre situation, il faut pouvoir prendre en compte les observations, les bilans, les hypothèses et les propositions d'autres professionnels, savoir travailler à plusieurs, en synergie autour de l'enfant, *faire une synthèse* qui donne sens à l'ensemble des symptômes. Enfin, une fois démêlées, ces situations réclament encore de n'être pas seulement considérées comme de simples additions de troubles auxquelles on répondrait par une addition de rééducations, ce qui serait la pire des situations pour l'avenir de l'enfant.

Il faut envisager les répercussions de chaque dys- dans les apprentissages et prendre la mesure de *leurs interactions*, qu'il faudra anticiper :

- un déficit de mémoire de travail, associé à une dyspraxie, compromet *les ressources de contournement* ou de compensation du trouble visuo-spatial, et inversement ;
- l'association d'un trouble neurovisuel *et* d'un trouble phonologique induit une dyslexie sévère dont les modalités de rééducation et le pronostic sont bien différents de ceux d'une dyslexie « banale » ;
- dans le cadre d'une dyspraxie, un déficit attentionnel et une impulsivité, même modérés, doivent faire reconsidérer (par exemple) la stratégie d'accès au clavier ;
- à l'inverse, une dyspraxie modérée dans le cadre d'un TDA/H ou d'un syndrome dysexécutif patent (au premier plan de la symptomatologie) imposera de traiter *d'abord* le trouble dysexécutif, sous peine d'inefficacité de tous les efforts qui seraient entrepris dans le domaine practo-spatial, etc.

C'est donc le pronostic scolaire, les moyens mis en œuvre, et finalement *l'ensemble du projet thérapeutique* qui vont être impactés par la situation de comorbidité.

Il faudra, encore plus que dans les situations de dys- isolé, prendre du recul et assurer un suivi d'évolution sur le long terme, afin d'être en mesure de réajuster les projets et les exigences en fonction de l'évolution de chaque dys-, et surtout de leurs interférences délétères.

CHAPITRE 4

Articuler « psy et neuropsychy »

Préambule

La question des relations entre troubles relationnels, psychodynamiques, comportementaux et dys- a longtemps été un sujet polémique. Car ces troubles interpellent deux courants de pensée, la psychopathologie et la neuropsychologie, qui ont longtemps cherché, chacun de leur côté, à marquer clairement leur territoire.

Toutefois, la clinique a vite montré les limites de ces attitudes tranchées qui prenaient en otage enfants et familles, et désormais, de plus en plus de cliniciens cherchent à conjuguer les deux approches. Nous développons cette problématique avec quatre cas cliniques très différents qui illustrent l'éventail de ces situations :

- un jeune garçon (*voir* Bastien, cas clinique 1), qui aurait d'abord pu être perçu comme souffrant de troubles du spectre de l'autisme mais qui sera finalement reconnu dys-;
- deux autres (*voir* Kévin, cas clinique 2 ; Thomas, cas clinique 4) qui présentent simultanément les deux lignées de troubles, neurodéveloppementale et psy ;
- enfin, le dernier (*voir* Dino, cas clinique 3) pose la question du regard porté sur des troubles aussi complexes que les syndromes dysexécutifs et de leur interprétation, soit dans le contexte dys-, soit dans le contexte psy.

Bastien, de l'autisme à l'agnosie visuelle

Bastien a 5 ans lorsqu'il consulte, sur les conseils du psychologue scolaire qui constate des difficultés de comportement et de concentration dans le cadre scolaire. Bastien est scolarisé en GSM (grande section de maternelle).

Son développement a été étrange. Depuis sa naissance, ses parents ont vécu un parcours très douloureux de consultations successives auprès de spécialistes de la petite enfance et de la psychiatrie. Diverses hypothèses ont été évoquées : trouble de la communication, trouble des interrelations précoces. Pour tous, Bastien est un enfant étrange autant que bizarre : le regard est particulier et interpelle sur un diagnostic d'autisme, bien que l'hypothèse n'ait jamais été nommée jusqu'à présent. Sur le plan thérapeutique, la proposition d'un

accompagnement psychothérapique familial a été transmise à la famille qui, après quelques séances, a souhaité suspendre.

Cette consultation constitue en somme pour la famille une dernière tentative pour comprendre et prendre en charge les difficultés de leur fils.

Consultation

Lors de notre première rencontre, Bastien est accompagné de ses deux parents.

Le premier constat souligne sa vivacité d'esprit, sa maîtrise du langage oral absolument remarquable ainsi que son appétence pour la communication : Bastien est tout à fait concerné par les échanges et participe avec beaucoup d'humour et de perspicacité à la réflexion. Dès lors, l'hypothèse d'autisme n'est pas valide.

Bastien présente un trouble visuel : une hypermétropie importante associée à un strabisme nécessitant des verres correcteurs, ce qui éclaire différemment les difficultés de contact visuel. La consultation porte essentiellement sur les difficultés d'intégration au groupe, la pénalisation très sévère du graphisme et l'instabilité globale constatées dans le cadre scolaire et familial.

Les pédagogues ont en effet indiqué aux parents leur perplexité face aux conduites de Bastien dont le caractère polymorphe interroge : évitement du regard, difficultés de concentration, trouble de la motricité globale et fine, un certain maniérisme et plus globalement une maladresse sociale en l'absence de difficultés de la compréhension et de la communication.

De fait, notre constat confirme ces observations. Bien que Bastien dispose d'un niveau de langage oral très satisfaisant, son discours est maniéré et volontiers diffluent. Mais surtout, il est capable de décrire avec précision ses impressions d'étrangeté et de doute lorsqu'il se trouve en situation de devoir identifier un objet usuel et parfaitement connu de lui, « je ne sais pas ce que c'est ». L'hypothèse d'un trouble neurovisuel est alors posée, ce qui à ce stade n'élimine pas les questions et les hypothèses de trouble psychologique.

Un bilan pluridisciplinaire est donc proposé afin d'investiguer ses compétences cognitives globales et, plus spécifiquement, les aspects gnosiques visuels.

On pense à l'entrée au CP et à ce titre, on engage immédiatement un bilan orthophonique.

Premiers bilans

L'échelle de Wechsler (WPPSI-R, Bastien a 5 ans et 19 jours) montre une hétérogénéité très importante entre les deux échelles, au détriment des épreuves non verbales à forte composante visuo-spatiale (voir [tableau 4.1](#)).

En revanche, les épreuves verbales témoignent d'une aisance notable. À ce titre, notons le score moyen constaté à l'épreuve de similitudes (épreuve de catégorisation) qui s'explique par l'entrée visuelle de cette épreuve. Les épreuves mobilisant le geste graphomoteur n'ont pu être pratiquées du fait des très grandes difficultés graphomotrices.

Le bilan psychomoteur confirme la gravité du trouble psychomoteur centré sur des difficultés de coordination et du tonus.

TABLEAU 4.1.

Échelle de performance : QI = 50	Échelle verbale : QIV = 123
Assemblage d'objets : NS = 2 Figures géométriques : NS = 3 Carrés : NS = 4 Labyrinthes : NS = 1 Complètement d'images : NS = 2	Information : NS = 14 Compréhension : NS = 16 Arithmétique : NS = 10 Vocabulaire : NS = 18 Similitudes : NS = 9 Phrases mémorisées : NS = 19

Le bilan orthophonique ne permet pas de conclure à la réalité de difficultés majeures. Il est alors convenu de surveiller l'évolution des acquisitions en langage écrit.

Premières conclusions : de nombreuses questions ont été évoquées à la suite des différents bilans quant au fonctionnement psychique de Bastien : pour certains, le trouble de la personnalité est au centre de la problématique (voir [figure 4.1.](#)), pour d'autres, les particularités relationnelles et de communication ne sont que la conséquence du trouble neuropsychologique qui reste cependant encore relativement mystérieux pour l'équipe à ce stade.



FIGURE 4.1 Bastien, 5 ans : dessin du bonhomme.

S'appuyant sur les constats communs aux trois bilans (psychométrique, psychomoteur et orthophonique), la maladresse, la dissociation des résultats au sein de la WPPSI-R et le trouble graphomoteur, le diagnostic de dyspraxie est retenu, dans un contexte de trouble de la relation. Le projet thérapeutique proposé alors consiste en une rééducation psychomotrice associée à des entretiens psychothérapeutiques.

La prise en charge pluridisciplinaire est engagée mais ne répond pas aux interrogations de l'équipe. Une nouvelle consultation auprès d'un médecin spécialiste en neuropsychologie est proposée.

Consultation neuropsychologique

Cette consultation va explorer préférentiellement les capacités visuelles : des épreuves de reconnaissance et de décodage d'images d'objets sont proposées (références : images « Ducarne* »). Cette évaluation complémentaire démontre que Bastien est capable *d'identifier* les objets sur des images fond/forme bien définies et prototypiques. Elle précise que les erreurs concernent systématiquement la morphologie des objets mais respectent la forme globale et l'enveloppe visuelle. Les images d'animaux démontrent la réalité de confusions visuelles morphologiques typiques : Bastien est capable de donner des détails déclaratifs qui attestent de son savoir sur les animaux qu'il ne peut reconnaître visuellement.

L'examen conclut formellement à une agnosie des images.

À ce stade, on suppose que l'agnosie actuelle est partielle mais qu'elle a sans doute été plus importante durant l'enfance. En effet, on sait que ce type de trouble développemental s'améliore spontanément durant l'enfance sans s'amender complètement. Ce trouble neurovisuel a de toute évidence provoqué des conduites d'évitement face aux activités visuo-spatiales. Au moment de l'entrée au CP, la question d'une agnosie des lettres est posée pour expliquer les très grandes difficultés graphomotrices : elle sera confirmée ultérieurement compte tenu du jeune âge de Bastien.

On retient donc le *diagnostic d'agnosie visuelle des images*, des lettres et des signes conventionnels sans autre trouble associé ; on exclut toute hypothèse de trouble envahissant du développement, de trouble de la communication et de déficience du fait des compétences conceptuelles constatées, des capacités relationnelles et de communication démontrées durant les différentes investigations. Cependant, l'impact du trouble neurovisuel, qui provoque en retour des inadaptations relationnelles, justifie l'accompagnement thérapeutique.

Ce diagnostic a provoqué une réflexion pluridisciplinaire très dense. L'agnosie était quelque chose de difficilement compréhensible pour les professionnels de cette équipe : comment, en effet, se représenter une pathologie pénalisant la reconnaissance et l'identification d'un objet, d'une image, d'un code, alors que les aptitudes visuelles ophtalmologiques sont fonctionnelles ? La tentation était donc grande de considérer ces anomalies comme l'expression d'un trouble ayant peu ou prou un rapport avec le fonctionnement psychique, d'au-

tant que Bastien présentait sur le plan de la communication un certain maniérisme, interprété comme un défaut d'authenticité qui intriguait.

Cette pathologie gnosique inconnue jusque-là imposa de construire le projet thérapeutique à mesure, en fonction des observations qualitatives et des objectifs pédagogiques. Cela constitua en réalité une grande chance pour l'enfant, car en l'absence de routine, nous avons été contraints d'être particulièrement à l'écoute des remarques, questions, attentes de l'ensemble des partenaires : parents, enseignants, rééducateurs et Bastien lui-même !

Bastien, il faut le souligner, a été notre plus fidèle allié dans cette aventure. Il a accepté, intégré, investi chacune de nos préconisations : son emploi du temps (digne d'un ministre : six séances hebdomadaires) n'a jamais fait l'objet de la moindre plainte de sa part ; il a saisi très rapidement ce que nous avions fini par comprendre de ses difficultés et a donc immédiatement adhéré au projet thérapeutique. Quel soulagement pour lui et pour les siens et quelle aventure clinique pour nous tous !

La prise en charge s'est donc engagée sur un mode très pluridisciplinaire, associant d'emblée les partenaires de l'école. L'organisation a été possible grâce aux efforts de tous.

Bilan d'évolution à 8 ans

Après trois années de prise en charge intensive, un bilan d'évolution est proposé pour évaluer les acquisitions et surtout pour définir les nouveaux axes de travail. À cette occasion, une nouvelle échelle de Wechsler est pratiquée (WISC-IV* ; voir [figure 4.2.](#)). Bastien a alors 8 ans révolus, il est scolarisé en CM1.

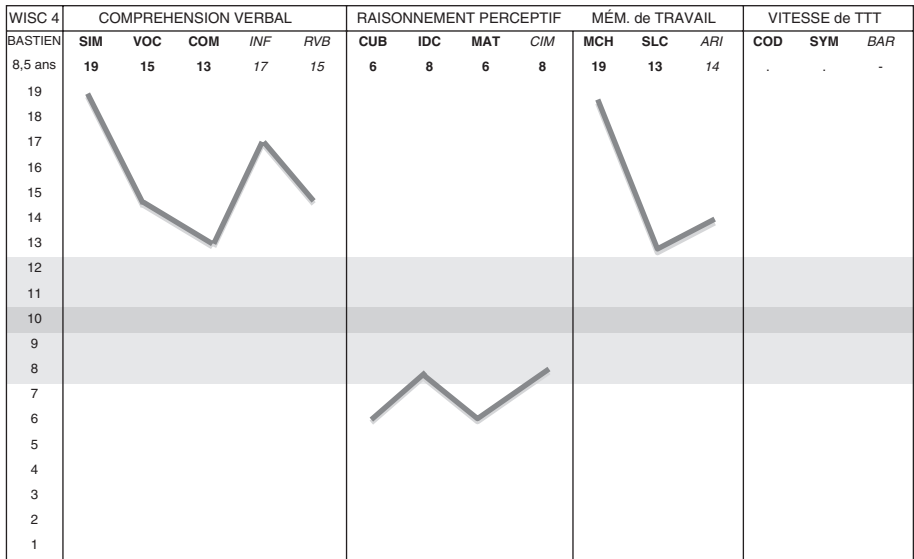


FIGURE 4.2 Bastien, 8,5 ans : WISC-IV*.
ICV = 135, IRP = 79, IMT = 133.

La pratique de ce nouveau bilan a été une source d'anxiété très importante pour Bastien qui en connaissait les enjeux. Malgré l'étayage et le soutien psychologique intense, la passation a été une réelle épreuve émotionnelle, aggravée par les difficultés neurovisuelles. Grâce à un climat de confiance et à un aménagement des consignes et des modalités de passation (la possibilité notamment pour Bastien de demander que les objets et images représentés lui soient nommés), les épreuves visuelles non verbales ont pu être administrées. Les épreuves à forte composante visuo-spatiale ont été pratiquées comme prévu par le protocole.

Les résultats du WISC-IV sont dans la droite ligne des résultats du premier bilan pratiqué trois ans auparavant, démontrant la réalité d'une dissociation très significative entre l'échelle de compréhension verbale et l'échelle de raisonnement perceptif.

Les *épreuves conceptuelles verbales* obtiennent des scores se situant dans la zone « très supérieure ».

L'*échelle de mémoire de travail* obtient un quotient très satisfaisant se situant dans l'intervalle « supérieur IMT =133 » : il paraît pertinent de considérer que ce résultat est consécutif aux prises en charge qui ont largement renforcé la mémoire de travail auditivo-verbale. Ce parti pris clinique a constitué un formidable contournement du trouble neurovisuel, permettant à Bastien d'apprendre avec « ses oreilles » plutôt qu'avec ses yeux, y compris pour la lecture !

Il est bien évident que les compétences conceptuelles exceptionnelles de ce garçon ont fonctionné comme un appui précieux et efficace à tous points de vue :

- pour l'impact et l'efficacité des prises en charge dans leur ensemble ;
- pour l'acquisition d'apprentissages très coûteux sur le plan cognitif, surtout ceux du langage écrit ;
- également – ce n'est pas un détail – pour la compréhension et l'intégration psychique de son handicap.

La phase de bilan d'évolution a permis de faire le point sur les bénéfices apportés par l'ensemble des rééducations en cours :

- sur le plan de l'acquisition du langage écrit, la lecture est en voie d'acquisition avec cependant une pénalisation encore importante de la voie d'adressage ;
- les compétences psychomotrices ont bien évolué sur le plan du tonus ;
- la coordination oculo-manuelle demeure très entravée, le trouble du geste graphomoteur reste sévère. La prise en charge ergothérapique est très investie par Bastien qui se familiarise avec l'outil informatique et trouve là un moyen efficace de compenser ses difficultés, à la fois de langage écrit et de graphisme ;
- les entretiens psychothérapiques ont permis d'évoquer à mesure les questions qui se posaient concernant l'évolution globale de Bastien : problèmes toujours marqués par l'insécurité inhérente à toute situation dans laquelle les réponses devaient être conçues, acceptées, mises en œuvre ;
- enfin, il faut souligner combien l'engagement des professionnels de l'éducation a permis la poursuite d'une scolarité satisfaisante et enrichissante de Bastien parmi ses pairs. L'équipe pédagogique a toujours accueilli avec beaucoup d'intérêt et de bienveillance la collaboration avec les professionnels du soin, ce

qui a constitué de toute évidence le cadre efficace et structuré dont Bastien avait besoin.

Cependant, bien que Bastien ait disposé d'un appui parental et familial bienveillant (mais exigeant!), bien qu'il ait bénéficié de nombreux professionnels volontaires, engagés, motivés, il ne faut pas sous-estimer l'énorme énergie et la volonté qu'il a mobilisées continuellement afin de poursuivre une scolarité normale, dans un milieu ordinaire.

La conclusion de la phase d'évolution allait donc dans le sens d'une poursuite des aménagements et des prises en charge engagés.

Bastien à 10 ans

En fin de CM2, soit deux ans plus tard, une nouvelle consultation fut proposée, cette fois plus technique, essentiellement centrée sur les aménagements à engager en vue de la scolarisation au collège.

Globalement, les questions étaient inhérentes à l'acquisition de la fluidité de la lecture compte tenu du fait que Bastien lisait toujours à voix haute, ce qui provoquait en retour une très grande fatigabilité. L'idée de favoriser la lecture alternée avec l'adulte pour limiter au maximum l'épuisement est proposée. L'hypothèse de l'installation d'un logiciel d'oralisation du texte est aussi retenue.

Du fait de ses compétences en mémoire de travail auditivo-verbale, Bastien a désormais pris l'habitude de mémoriser les apprentissages à forte composante spatiale à partir des définitions, donc en priorisant l'élaboration conceptuelle : cela est vrai pour l'apprentissage des matières d'éveil et de connaissances académiques.

Bastien a finalement intégré la classe de sixième au collège et une auxiliaire de vie scolaire a été obtenue. Du fait de ses difficultés neurovisuelles et visuo-spatiales, le choix de l'établissement s'est porté sur une petite structure permettant un repérage des lieux plus facile pour lui. Les éléments, après cinq mois de scolarisation, témoignent d'une très bonne adaptation à tout point de vue. Bastien est capable, étayé par la présence de son AVS, d'organiser son travail. Faire face à l'ensemble des changements a néanmoins provoqué une rigidité psychique, seule façon de gérer son anxiété et sa crainte d'être débordé. Bastien a de fait renoué avec une certaine attitude de maîtrise et de contrôle discrètement compulsive que nous lui avons connue au début de la prise en charge, bien qu'il soit désormais capable de reconnaître son fonctionnement et de faire preuve d'une certaine distance émotionnelle.

Conclusion

Le parcours de Bastien témoigne de l'intrication et de l'impact de troubles neurovisuels sur le fonctionnement cognitif et psychique. Il est bien évident que dans l'hypothèse de l'absence de reconnaissance de cette pathologie neurovisuelle, l'évolution eut été totalement différente. L'énonciation du diagnostic a été véritablement salvatrice pour ce garçon et ses parents. Elle a permis :

- d'expliciter à Bastien et à ses parents qu'il n'était ni autiste ni fou ;
- d'expliciter le trouble en y apportant des réponses thérapeutiques fonctionnelles concrètes facilitant à la fois sa qualité de vie relationnelle et cognitive ;
- de lui permettre peu à peu de se dégager de son fonctionnement psychique, certes marqué par certaines bizarreries inhérentes et consécutives à la perturbation des interrelations précoces.

Cette conduite clinique n'annule en rien la nécessité d'un accompagnement psychothérapeutique mais elle lui attribue une couleur, un contexte marqué par le handicap lié au trouble : *la vie psychique est inscrite dans ce contexte, on ne peut l'en isoler.*

Bastien a saisi le sens de cette démarche et a été capable (sans doute le premier) de donner le tempo et pour cela, je l'en remercie très chaleureusement.

Kevin, un diagnostic en deux volets

Le parcours de Kevin illustre parfaitement la possibilité – et l'obligation – d'une pratique clinique alliant pratiques cliniques et champs théoriques différents, non pas opposés mais complémentaires. En l'occurrence, une compréhension psychanalytique de son fonctionnement psychique est associée ici à un diagnostic neuropsychologique pour l'aspect cognitif.

Consultation et bilans

Kevin a 9,9 ans lorsqu'il consulte sur les conseils du psychologue scolaire.

Le contexte est marqué par une situation familiale perturbée du fait de la séparation parentale consécutive à un fonctionnement psychique paternel pathologique. Le père de Kevin a des comportements addictifs multiples, il traverse aussi des périodes dépressives et a présenté par le passé deux tentatives de suicide dont la réalité est connue de Kevin.

Kevin consulte pour des difficultés psychoaffectives importantes : la première rencontre se situe en effet au lendemain d'une crise clastique majeure. Il est accompagné de sa mère : il est très abattu et ralenti du fait d'un traitement anxiolytique prescrit la veille par le médecin traitant du fait de son agitation ingérable dans le cadre scolaire et dans le cadre familial.

Au terme de ce premier rendez-vous, Kevin accepte la proposition d'un accompagnement psychothérapeutique ; il a « des choses à dire ». Kevin sera régulier aux entretiens proposés. Sa plainte est d'emblée double :

- des bouffées d'anxiété incontrôlables, imprévisibles et récurrentes ;
- une plainte intense au sujet de l'école, vécue comme une véritable épreuve : « écrire c'est l'enfer », dira-t-il rapidement.

Le paradoxe entre les compétences intellectuelles évidentes – le bon niveau de langage et d'analyse – et cette description d'une scolarité terriblement éprouvante sur le plan instrumental est tout à fait spectaculaire.

Dans un premier temps cette plainte a été considérée comme l'expression de son fonctionnement psychique, expression violente sur le plan symptomatique

de sa difficulté à exister. Cependant, très rapidement la nécessité d'une évaluation cognitive et psychométrique est apparue du fait de cette plainte récurrente et envahissante, spécifiquement centrée sur le graphisme, s'inscrivant clairement dans un tableau soulevant l'hypothèse d'une dissociation au sein des compétences cognitives.

Une investigation psychométrique (WISC-IV*, voir [figure 4.3.](#)) est donc proposée pour investiguer cette hypothèse. Les résultats globaux sont les suivants : ICV = 152, IRP = 88, IMT = 118, IVT = 86.

L'évaluation de l'efficacité intellectuelle confirme donc la réalité de compétences exceptionnelles très hétérogènes, en défaveur notable des aptitudes perceptives.

Les épreuves à forte composante visuo-spatiale ou graphomotrices sont massivement pénalisées tandis que l'on constate des capacités de raisonnement tout à fait satisfaisantes associées à d'excellentes capacités de mémoire de travail auditivo-verbale.

L'évaluation de l'efficacité intellectuelle est complétée dans un premier temps par une épreuve de graphisme (voir [figures 4.4.](#) et [4.5.](#)).

L'épreuve de graphisme démontre les difficultés qualitatives et quantitatives : Kevin n'a donc aucune marge de progression dans ce domaine. Les quatre essais de copie d'un cube sont laborieux et contrastent énormément avec les compétences intellectuelles (voir [figure 4.6.](#)).

- Premiers constats :
- très haut niveau verbal ;
 - difficultés visuo-spatiales ;
 - mémoire de travail très performante ;
 - plainte au sujet du graphisme.

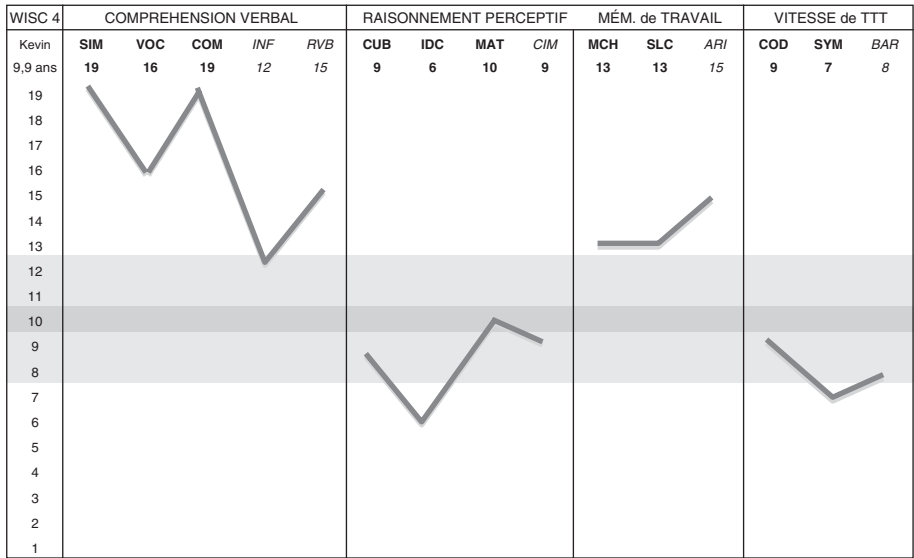


FIGURE 4.3 Kevin, 9,9 ans : WISC-IV*.

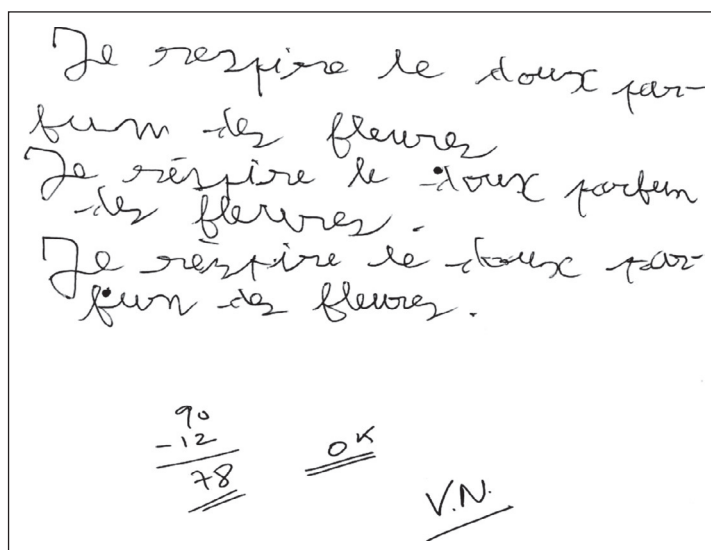


FIGURE 4.4 Épreuve de graphisme (copie) de Kevin.

« Je respire le doux parfum des fleurs* » : en vitesse normale, le score (nombre de lettres en 1 minute) est dans la norme.

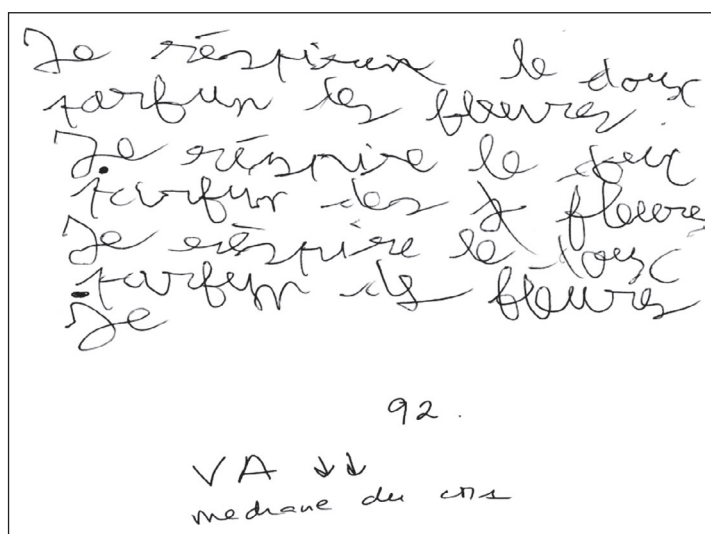


FIGURE 4.5 Épreuve de graphisme (copie) de Kevin (2).

Même épreuve, en vitesse accélérée : le score est insuffisant, à la limite inférieure de la norme, avec une importante dégradation de la qualité du graphisme.

Un bilan ergothérapique et un bilan psychomoteur sont pratiqués pour avoir des données étalonnées mais surtout beaucoup plus qualitatives sur le plan moteur et visuo-spatial. Ils confirment les difficultés praxiques et visuo-spatiales, et soulignent la dimension de découragement.

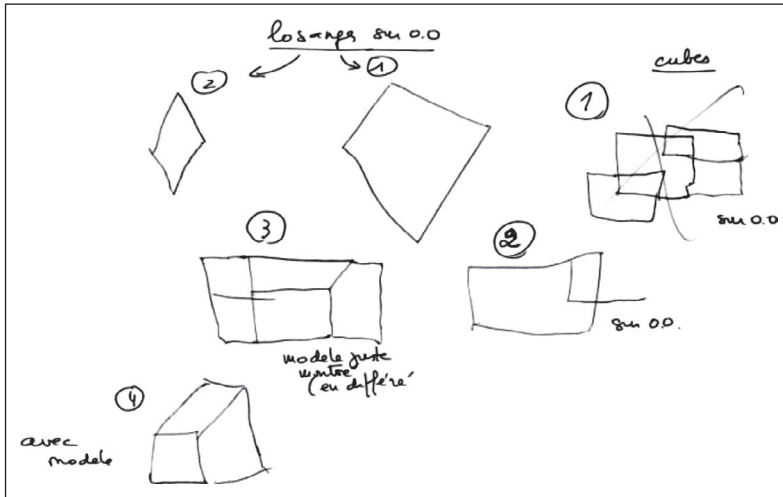


FIGURE 4.6 Kevin, épreuve de copie de figures.

Au terme de cette phase diagnostique exhaustive, l'ensemble des résultats permet donc de poser le *diagnostic de dyspraxie visuo-spatiale*.

La réponse thérapeutique est d'emblée conçue sur les deux champs théoriques :

- un axe neuropsychologique centré essentiellement sur une rééducation ergothérapique pour proposer un apprentissage de l'outil informatique afin de pallier les difficultés en graphisme ;
- un axe psychodynamique par la poursuite de la psychothérapie.

Un an plus tard

Kevin a investi massivement l'apprentissage du clavier qui a été une réponse facilitant grandement sa scolarité et par conséquent son intégration. Cet apprentissage du clavier permet désormais une utilisation quasiment automatisée.

Rapidement, les bouffées d'angoisse ainsi que les crises clastiques ont disparu. Kevin, constatant une amélioration globale de son état psychique, a souhaité un espacement des rendez-vous.

Que nous apprend Kevin ?

L'importance d'une *double lecture des troubles* : une lecture associant les dimensions psychique et cognitive permet d'élaborer une proposition thérapeutique globale, répondant à la plainte de l'enfant dans tous les domaines atteints.

Le retour et l'observation de l'évolution du patient sont des éléments cliniques centraux du diagnostic et de la justification de la poursuite de la prise en charge en cours.

Dino, une expérience traumatique

L'histoire de Dino est difficile, houleuse et passionnelle. Elle réunit toutes les questions théoriques actuelles concernant la compréhension, le diagnostic et la prise en charge des syndromes dysexécutifs.

Présentation

Dino a 4 ans lorsqu'il consulte. Le rendez-vous est pris à l'initiative des parents qui constatent des difficultés graphomotrices et d'intégration scolaire.

Dino se présente comme un garçon très tonique, dont le niveau de langage est de toute évidence très élevé et particulièrement adapté : il est très appétant pour la communication, il a trois frères et sœurs et évolue au sein d'une famille très structurée, aimante et bienveillante à son égard.

Sur le plan de la relation, Dino, bien que globalement adapté en situation duelle ou avec un interlocuteur adulte, est impulsif et peut se montrer transgressif dans les situations collectives. De fait, ce constat a conduit les parents à consulter, car Dino est peu et mal intégré dans le cadre scolaire : décrit comme un enfant volontiers opposant et capable de prendre des risques pour lui-même. Bien que très performant sur le plan cognitif, il est décrit comme un enfant instable et impulsif. Cette situation conduit les parents à évoquer une hypothèse de précocité.

La première consultation pédopsychiatrique se conclut par une proposition de bilan psychométrique afin d'évaluer le bien-fondé de l'hypothèse soulevée par la famille.

Hypothèse de précocité

Une *échelle de Wechsler (WPPSI-III*)* est alors pratiquée, dont les résultats témoignent d'une grande hétérogénéité.

On met en évidence des compétences conceptuelles supérieures dans le domaine verbal (QIV > 130), tandis que les aptitudes de traitement non verbal marquent un repli significatif des scores (QIP < 90). Les tâches graphomotrices sont largement pénalisées par une grande lenteur malgré une courbe d'apprentissage tout à fait satisfaisante au subtest du Code.

Les observations qualitatives n'évoquent aucun élément en faveur d'un déficit attentionnel ou d'une impulsivité cognitive, bien au contraire : Dino se montre plutôt appétant et intéressé par les épreuves proposées, qu'il vit comme une sorte de défi. Son envie de réussir est réelle et fonctionne comme un objectif très motivant. Enfin, sur le plan de la relation, Dino a accepté la situation de bilan et n'a pas montré de signe d'opposition.

À la suite du bilan, *l'hypothèse de précocité est réfutée* par l'équipe médicale du fait de la dissociation notable entre les scores verbaux et perceptifs.

On décide alors de centrer le soin sur la dimension comportementale des difficultés de Dino : une psychothérapie et une rééducation psychomotrice sont alors proposées.

Évolution, entre 5 et 8 ans

Dino est admis en GSM (grande section de maternelle) à l'âge de 5 ans. Sur le plan scolaire, les performances cognitives sont reconnues malgré la réalité de difficultés graphomotrices sévères, une instabilité psychomotrice et psychique très invalidante pour son intégration scolaire.

Le projet thérapeutique est alors engagé : il associe à la rééducation psychomotrice à un accompagnement psychothérapique individuel et parental. Les prises en charge se poursuivent jusqu'à la fin du CP. À la rentrée de CE1, les pédagogues évoquent des difficultés de concentration sévères :

- Dino présente des comportements très imprévisibles : mise en danger, transgression, instabilité ;
- Sur le plan graphomoteur, aucune amélioration n'est constatée : l'écriture est très difficile, quasiment illisible, le geste ne s'automatise pas ;
- Les acquisitions scolaires sont dépendantes de la disponibilité cognitive de Dino qui est très fluctuante ;
- Les compétences de langage oral et de raisonnement sont très satisfaisantes.

Les parents sont très inquiets face à l'aggravation de la situation du fait désormais d'un impact sérieux sur la scolarité et les apprentissages.

Diagnostic d'un trouble attentionnel

Un bilan neuropsychologique est alors proposé.

Il conclut à la réalité d'un déficit attentionnel sévère bien que Dino y montre de bonnes compétences de communication en relation duelle et des aptitudes cognitives très correctes en situation d'absence de sources de distraction. L'investigation souligne donc la fragilité des aptitudes de contrôle attentionnel, aggravée par une grande impulsivité.

Le constat conduit l'équipe à proposer une consultation neuropédiatrique afin d'envisager le bien-fondé d'un traitement par méthylphénidate. La proposition est soumise aux parents qui, très inquiets sur les risques d'effets secondaires du traitement, réfutent cette proposition. L'alliance thérapeutique est compromise : les parents décident de quitter la structure et de prendre un avis au centre hospitalier de la région. Néanmoins, les contacts perdurent sur un rythme plus espacé.

Dans le même temps, sur le plan scolaire :

- les difficultés instrumentales deviennent très pénalisantes ;
- les difficultés d'intégration sont de plus en plus difficiles à contrôler par l'équipe pédagogique ;
- une demande d'auxiliaire de vie scolaire est alors instruite en accord avec la famille.

Le projet pédagogique, bien qu'intégrant certains aménagements, est toujours centré sur une volonté de maintenir Dino dans le dispositif ordinaire : considérant que la bonne volonté de tous permettrait de faire face aux difficultés. Hélas, peu à peu l'aggravation symptomatique entrave les objectifs, et Dino

s'installe dans des comportements transgressifs considérés comme ingérables dans le cadre de la classe.

À la fin de l'année scolaire, les parents, dépassés par la situation, ne sachant plus comment sortir de l'impasse, décident de changer d'établissement scolaire afin de trouver un espace moins stigmatisant pour leur fils. Ils contactent un établissement scolaire qui les assure de compétences pédagogiques très développées en direction des enfants présentant un trouble d'apprentissage. L'affaire est entendue, Dino a enfin trouvé une équipe qui comprendra ses difficultés.

Troubles du comportement au premier plan et déscolarisation

Le CE2 démarre donc dans une nouvelle école, en l'absence malheureusement d'auxiliaire de vie. L'effet ne se fait pas attendre sur le comportement global de Dino qui s'aggrave massivement et brutalement : passages à l'acte, comportements d'opposition, difficultés de concentration, trouble graphomoteur sévère invalidant les apprentissages, instabilité, provocation. L'équipe pédagogique exige une hospitalisation en hôpital de jour.

Cela est vécu immédiatement par Dino et ses parents comme un drame, une marginalisation absolue. Dino reste scolarisé mais à temps très partiel, quelques heures par semaine. Il est pris en charge à l'hôpital de jour plusieurs demi-journées par semaine et est contraint de rester au domicile les autres jours.

Cet événement constitue un traumatisme familial : la maman, qui engageait une nouvelle activité professionnelle, se voit contrainte d'interrompre son projet pour s'occuper de Dino les jours où il n'est ni admis à l'école, ni hospitalisé. Sur le plan social, la situation est très douloureuse pour le frère aîné, scolarisé dans la même école, qui subit alors les questions et remarques des camarades informés de la situation.

Dino aborde donc le CE2 largement déscolarisé, malgré la prise du traitement par méthylphénidate et l'amélioration scolaire certaine, mais insuffisante. Le programme scolaire est entrepris à la maison, assuré par la maman : Dino bénéficie d'un apprentissage dans le calme, dans un endroit structuré, dépourvu de stimulations exogènes massives.

Malgré tout, les difficultés graphomotrices sont toujours sérieuses, en dépit d'une légère amélioration. Cela conduit la maman à faire pratiquer un bilan ergothérapique et à engager une remédiation cognitive centrée sur les difficultés attentionnelles. Des entretiens psychothérapeutiques pour soutenir l'estime de soi, la conscientisation des difficultés d'adaptation sont associés.

Le bilan ergothérapique est pratiqué, sa conclusion va dans le sens :

- de capacités gestuelles praxiques satisfaisantes malgré une certaine impulsivité;
- d'aptitudes visuo-spatiales et visuo-constructives correctes;
- de difficultés de coordination motrice;
- d'un graphisme lent et très coûteux sur le plan attentionnel.

Une rééducation ergothérapique est engagée. Elle visera l'apprentissage de l'outil informatique et le renforcement de l'automatisation du geste graphique.

L'année de CE2 se déroule donc sur un rythme soutenu :

- hospitalisation de jour, au sein de laquelle les tensions avec l'équipe thérapeutique sont sévères en conséquence des réticences de la famille et de Dino face à ce soin imposé;
- scolarisation à temps partiel (deux fois deux heures hebdomadaires), très frustrante pour Dino qui démontre des compétences très supérieures dans les matières auxquelles il a accès;
- programme thérapeutique assez soutenu constitué de deux séances hebdomadaires d'ergothérapie et d'une séance hebdomadaire de remédiation cognitive concernant les troubles attentionnels.

À terme, le traitement médical engagé montre une certaine efficacité : une amélioration symptomatique globale est constatée, tant sur le plan du comportement et de l'adaptation sociale que sur la qualité attentionnelle. Néanmoins, Dino est très affecté par la situation qui constitue une marginalisation insupportable, il développe en retour un syndrome anxieux. Ses parents décident alors de l'inscrire à des activités sportives et extrascolaires afin de lui permettre de partager des projets avec des enfants de son âge. Il démarre le judo et entame l'apprentissage d'un instrument de musique.

C'est un vrai succès pour Dino qui investit d'emblée ces lieux, est apprécié et peut en conséquence se sentir intégré.

Début d'amélioration

À la fin du CE2, une équipe de suivi de scolarisation est conduite. Les résultats scolaires (évaluations faites à l'école) témoignent d'excellentes compétences : Dino obtient 18/20 de moyenne générale (en dépit d'une présence de deux demi-journées). Le passage en CM1 est proposé avec une augmentation du temps de scolarisation, période probatoire en vue d'une intégration de quatre demi-journées.

Les rééducations en cours se poursuivent, Dino s'améliore sur le plan graphomoteur et l'apprentissage de l'outil informatique suit son cours.

La remédiation cognitive est bien engagée, *la gestion des ressources attentionnelles* est désormais une notion bien comprise par Dino qui, peu à peu, apprend à s'organiser et à planifier ses tâches. *L'amélioration* symptomatique est notable dans quasiment tous les domaines pénalisés initialement : la scolarité, l'intégration et le fonctionnement psychique avec la reprise d'une certaine estime de lui-même.

Compte tenu de ces constats, les parents considèrent désormais les difficultés de leur fils comme l'expression d'un déficit attentionnel et prennent la décision de quitter l'hôpital de jour au motif que le soin apporté ne leur semble plus répondre au diagnostic.

Quasiment une année de remédiation cognitive s'est écoulée, l'évolution de Dino dans la maîtrise et le contrôle attentionnel semble positive. Une nouvelle évaluation cognitive est alors décidée en accord avec les parents afin d'évaluer précisément les progrès.

Évaluation pratiquée sous traitement (méthylphénidate)

Le bilan neuropsychologique, à 9,2 ans, est composé d'une évaluation de l'efficacité intellectuelle (WISC-IV*, voir [figure 4.7.](#)) et d'une évaluation des compétences attentionnelles (TEA-Ch*).

Commentaires et analyse des résultats du WISC-IV* :

- les scores obtenus aux épreuves verbales démontrent des compétences de conceptualisation sur matériel verbal qui situent Dino dans l'intervalle « supérieur » ;
- les épreuves de l'échelle verbale confirment le bon niveau de maîtrise du langage oral, associant un intérêt et une compréhension du monde environnant très satisfaisants ;
- les épreuves à forte composante visuo-spatiale confirment les aptitudes de traitement non verbal constatées dans le bilan ergothérapique et *confirment l'absence de dyspraxie visuo-spatiale* ;
- les épreuves de l'échelle de mémoire de travail (empan endroit = 6, instable, empan envers 3, instable) justifient la pratique d'une évaluation spécifique des compétences attentionnelles du fait d'un déficit de mémoire auditivo-verbale constatée ;
- les épreuves graphomotrices sont massivement pénalisées du fait d'une très grande lenteur d'écriture et d'une stratégie d'exploration visuelle anarchique et peu efficace.

L'évaluation des compétences attentionnelles sous traitement met en évidence les bonnes compétences attentionnelles dans plusieurs modalités : l'attention sélective et le contrôle attentionnel excluant l'hypothèse d'un syndrome dysexécutif (voir [tableau 4.2.](#)).

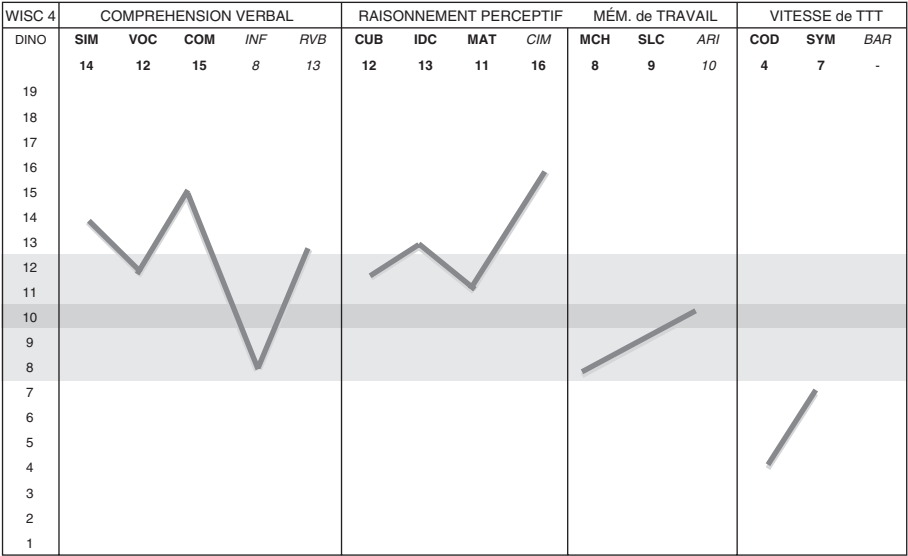


FIGURE 4.7 Dino, 9,2 ans : WISC-IV*.
Notes d'indices : ICV = 122, IRP = 114, IMT = 94, IVT = 76.

TABEAU 4.2. Évaluation de l'attention : test TEA-Ch*.

Attention sélective	– Recherche dans le ciel – Carte géographique	– 65 ^e percentile – 36 ^e percentile
Attention divisée	– Faire deux choses à la fois – Écouter deux choses à la fois	– 5 ^e percentile – 23 ^e percentile
Contrôle attentionnel	– Les petits hommes verts	– 100 ^e percentile
Inhibition	– Marche arrête	– 64 ^e percentile
Flexibilité	– Mondes contraires	– 30 ^e et 35 ^e percentiles
Attention soutenue	– Coups de fusil – Transmission de codes	– 100 ^e percentile – 67 ^e percentile

Certaines modalités attentionnelles demeurent fragiles :

- l'attention divisée est pénalisée lorsque deux modalités différentes sont sollicitées : ici, attentions auditive et visuelle. On peut supposer que le trouble massif du balayage oculaire ait largement pénalisé la tâche ;
- l'attention divisée auditive est encore difficile à mobiliser de façon efficace, le score confirme l'hypothèse de déficit de mémoire de travail auditivo-verbale soulevée dans les résultats du WISC-IV* : cela explique le score plus faible obtenu à l'épreuve mobilisant la flexibilité mentale ;
- les autres scores sont dans la moyenne attendue et démontrent même pour certains des compétences très satisfaisantes.

En effet, l'amélioration de l'attention sélective et de l'alerte phasique est un point essentiel et central dans la capacité à inhiber les distracteurs et donc à engager la tâche cognitive de façon adéquate.

Le bilan permet d'affirmer une amélioration tant sur le plan quantitatif (l'ensemble des scores mobilisant l'attention sélective isolée sont satisfaisants) que qualitatif du fait du comportement particulièrement adapté de Dino durant toute l'épreuve : absence de comportement impulsif, focalisation attentionnelle adéquate et adaptée tant sur le repérage des stimuli pertinents que sur la durée de la mobilisation attentionnelle. L'évaluation des compétences attentionnelles met donc en évidence une amélioration de la gestion des ressources. Durant la passation, Dino s'est montré très centré sur la tâche, capable d'inhiber les distracteurs et de maintenir son attention durant l'épreuve d'attention soutenue (épreuve de 16 minutes). Ce constat est très encourageant pour le projet scolaire et pour la dimension psychique en tant qu'élément de réassurance narcissique.

Conclusion et questions

Dino est alors scolarisé en CM1, toujours à temps partiel, à mi-temps malgré cette amélioration, ce qui constitue une expérience incompréhensible et traumatique pour lui.

Il bénéficie d'un traitement médical par méthylphénidate et poursuit ses rééducations de façon très régulière et avec beaucoup de volonté. Les résultats sont indéniables sur le plan cognitif. Son évolution est donc plutôt rassurante,

tant sur le plan psychique que cognitif, malgré certains aspects anxieux dont la dimension endogène ne saurait être niée.

Son histoire est celle de nombreux patients qui actuellement se trouvent à la croisée des chemins de nos champs théoriques. La symptomatologie des déficits attentionnels et/ou des syndromes dysexécutifs est si variée que nos repères théoriques, clos dans un système de pensée unique, ne permettent pas la conduite d'une clinique « multimodale », pour reprendre la notion de Pierre Laporte³¹.

Dino est actuellement scolarisé en CM2 à temps plein après un nouveau changement d'école. Il y obtient 16/20 de moyenne générale. Il bénéficie d'une conception de prise en charge du TDA-H intégrative et évolutive, en cela qu'elle ne nie aucunement les aspects psychiques, sociaux, cognitifs, mais au contraire propose d'intégrer d'emblée au projet thérapeutique l'ensemble des outils thérapeutiques disponibles. L'objectif consiste à prioriser la prise de conscience du trouble avant de s'atteler à traiter ses expressions symptomatiques une à une au sein d'un travail collectif et pluridisciplinaire. Cette posture clinique se justifie par l'accès à une plus grande tranquillité psychique et cognitive pour le patient.

La durée du traitement médical est variable en fonction de chaque patient mais on constate bien souvent qu'il facilite la prise de conscience par le patient de son trouble. Grâce à cela, il peut expérimenter une autre façon d'être, gérer au mieux sa disponibilité attentionnelle et se fixer des objectifs pour apprendre à vivre en autonomie par la suite.

Le traitement médical dans ce contexte agit comme un point d'appui initial indispensable. Offrant à l'enfant la possibilité (physique) de se concentrer, il permet de retrouver (trouver parfois) le plaisir d'apprendre et donc d'être un sujet de son destin scolaire et social.

Thomas, deux projets thérapeutiques à entrecroiser

Thomas fait partie de ces enfants, très nombreux, pour lesquels sont successivement évoqués des diagnostics « psy » et des diagnostics « dys- ». Les familles oscillent, au gré des spécialistes consultés, entre des structures et des orientations (scolaires, thérapeutiques) bien différentes (et souvent vécues comme opposées), quand elles ne sont pas littéralement « prises en otage » par les uns ou les autres...

C'est cette situation que l'histoire de Thomas nous a semblé illustrer particulièrement.

Nous avons volontairement utilisé en alternance les deux voix, celles de l'équipe de rééducation et celle du psychologue-psychothérapeute. En effet, il s'est agi de faire coexister de façon cohérente (pour l'enfant, sa famille et l'équipe) deux approches qui nous sont apparues comme complémentaires, entrelacées, mais non miscibles...

³¹ P. Laporte : PhD, psychologue clinicien spécialisé en neuropsychologie, centre hospitalier général de Périgueux, membre du comité scientifique de l'association HyperSupers.

Un enfant connu de longue date pour des troubles du comportement

Équipe médicale et paramédicale : la demande d'admission au SESSAD

Lorsque nous faisons la connaissance de Thomas, il a tout juste 5 ans, il est en grande section de maternelle et c'est l'école, *via* l'enseignant spécialisé itinérant déjà appelé en renfort, qui crie au secours. En effet, l'enfant est déjà *suivi par un pédopsychiatre* depuis la moyenne section de maternelle pour des *troubles du comportement* qui altèrent les apprentissages et les relations, tant avec les autres enfants de la classe qu'avec les adultes.

Très anxieux, agité, logorrhéique, Thomas est décrit comme étant en permanence dans le refus et dans l'agressivité, utilisant un langage ordurier ou injurieux indistinctement envers ses camarades et les enseignants. Ces derniers n'arrivent pas à établir un contact de qualité et décrivent une situation difficilement gérable en groupe.

Les parents, sur la défensive et démunis, acceptent cependant les multiples investigations proposées par les uns et les autres, qui vont s'étaler sur presque une année scolaire (grande section/ CP) :

- un bilan est sollicité auprès d'un *psychomotricien* qui relie difficultés motrices et comportementales. Il conclut à « un *retard du développement psychomoteur*, difficultés qui influencent son développement psychoaffectif » ;
- une consultation au Centre de référence des troubles du langage (Paris) évoque une *dyspraxie* ;
- un *bilan psychométrique* est également pratiqué. D'abord un KABC*, qui montre de bonnes capacités intellectuelles, verbales et mnésiques (connaissances = 104, devinettes = 130, mémoire des chiffres = 13), avec une *chute électorale et significative aux épreuves non verbales* (mouvements de mains = 6, triangles = 5, arithmétique = 80). Un WISC-IV* pratiqué l'année suivante confirmera cette importante dissociation (similitudes = 14, cubes = 6).

La dyspraxie, fortement suspectée depuis l'âge de 5 ans, est alors affirmée (aux alentours de 6 ans), marquée par une *dysgraphie très importante* (voir [figure 4.8.](#)), associée à une grande interrogation sur le regard qui paraît très désorganisé.

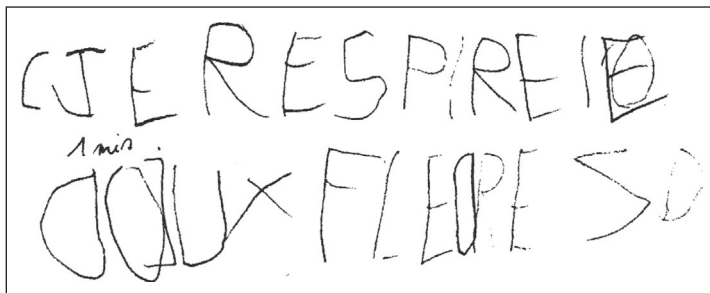


FIGURE 4.8 Thomas, copie.

Les parents ont cependant du mal à « accepter » ce diagnostic, à l'intégrer à la représentation qu'ils se sont faite, depuis plus d'un an, des difficultés de leur fils : à leurs yeux, un trouble de nature « psychodynamique » – évoqué depuis plus d'un an et pour lequel un suivi est en place depuis un an (psychothérapie, psychomotricité) – est plus « mobilisable », plus susceptible d'une évolution favorable. À l'inverse, le diagnostic de dyspraxie leur paraît un trouble structural, définitif, porteur d'une notion de permanence, d'inéluctable qui les effraie.

Dès les rencontres préliminaires à l'admission, nous sommes vigilants à ne pas entretenir ni nous laisser enfermer dans cette apparente problématique de « choix » entre les deux visions de l'enfant, qui ne nous paraissent nullement exclusives l'une de l'autre. Ces rencontres préalables sont liées à notre liste d'attente (un an ou plus!), délais que nous cherchons à utiliser au mieux pour approcher la problématique complexe de cet enfant et de sa famille.

Psychologue-psychothérapeute : prise de contact avant l'admission

Lors de la préadmission, je reçois Thomas et ses parents pour évaluer dans quelle mesure le SESSAD peut accompagner cet enfant qui présente d'importants troubles du comportement. En effet, les relations avec ses pairs sont souvent conflictuelles et inadaptées, il a beaucoup de mal à respecter les règles et à supporter les contraintes. L'ensemble de ses difficultés a amené l'école maternelle à n'accepter Thomas qu'à temps partiel.

Thomas entre dans le bureau sans hésitation, il a un regard fuyant et se dirige directement vers les jouets. Il utilise les Playmobil® et l'hôpital qui sont sur la table mais se contente d'occuper l'espace dont il a besoin sans dégager tous les autres objets à côté. Quand il se déplace, il est un peu penché en avant et sur le côté. Il semble très mal à l'aise avec son corps. Quand je le salue, la poignée de main est molle et il ne montre qu'un faible intérêt à cet échange physique. Thomas manifeste peu de mimiques lors des échanges, il a un regard interrogateur quand on s'adresse à lui.

Je constate qu'en relation duelle, il est malgré tout dans la relation même si on relève une certaine distanciation dans les affects exprimés lorsqu'il parle de ses difficultés.

Je lui explique les raisons de cet entretien dont il est déjà informé. Il reconnaît ses difficultés comportementales mais dit « que ce sont les autres qui l'embêtent ». Il a du mal à comprendre de quoi je parle quand je fais référence aux difficultés d'apprentissage.

De son comportement dans la vie quotidienne, les parents disent que Thomas a du mal à s'habiller, qu'il n'est pas soigneux, maladroit. Ils se questionnent sur les causes des difficultés de leur fils, psychologiques ou dyspraxiques. Cependant, sur ce point, les parents ont déjà avancé : ils ne montrent aucune réticence quand je reprends avec eux les problèmes praxiques rencontrés par leur fils. Ils disent qu'ils ont bien compris ce que leur a expliqué le médecin. Ils ne cachent cependant pas leurs inquiétudes vis-à-vis de l'école et ils comprennent la pression que cette dernière exerce pour que Thomas soit suivi par un service de soins.

Par ailleurs, Thomas voit un psychothérapeute depuis l'âge de 4 ans. Les parents relèvent les premières grosses difficultés aux alentours de 3 ans : colères, angoisses d'endormissement, instabilité motrice importante, difficulté à respecter les règles. La mère fait alors référence à sa grossesse difficile avec un risque vital pour elle et l'enfant, dont elle pense que cela pourrait être l'origine des problèmes de son fils.

Elle évoque également les différences de confession religieuse au sein du couple. Elle m'informe que Thomas a su précocement (vers l'âge de 3 ans) ce que sa famille paternelle a vécu lors de la Shoah. Par ailleurs, le récit de l'histoire du Christ et de sa résurrection le marque aussi profondément. Ceci témoigne que, très tôt, cet enfant a baigné dans des angoisses de mort irreprésentables pour un enfant de cet âge. À la fois histoire générationnelle traumatique du côté paternel et histoire religieuse où le sens théologique, déjà compliqué pour un adulte, ne peut être qu'incompris par un enfant.

Par ailleurs, les parents s'interrogent sur leur positionnement éducatif. Ils se demandent « ce qui est bien ou pas », comment il convient de faire, etc. S'ils ont le souci de leur enfant, on a le sentiment d'un grand manque de confiance en eux et la volonté de « trop bien faire ». Ils ont du mal à être vraiment dans la fonction parentale, car ils sont trop dans « ne pas faire comme leurs propres parents ».

J'explique aux parents que de notre point de vue, Thomas présente à la fois des difficultés d'origine psychoaffectives en raison de son histoire, et des difficultés praxiques qui entraînent des réactions de frustration et de colère quand il n'arrive pas à faire comme les autres enfants. Ses échecs et ses incompétences praxiques lui renvoient une image de lui négative alors que ses compétences verbales sont très bonnes. C'est ce décalage qui est incompréhensible, d'abord pour l'enfant, mais aussi souvent pour les adultes. Cela entraîne des réactions et des commentaires inadaptés, les échecs de l'enfant étant interprétés comme un manque d'attention ou comme une marque de mauvaise volonté.

Après une prise de contact avec le psychothérapeute de Thomas, il est décidé de poursuivre la psychothérapie dans notre service. Son thérapeute pense en effet qu'après plus de trois ans de suivi, le changement de lieu et de cadre pourrait aider Thomas, surtout si les différentes aides sont coordonnées dans un même service.

Nous précisons également aux parents que leur fils aura obligatoirement une séance de prise en charge au sein de notre service³² afin qu'il puisse rencontrer d'autres enfants présentant des difficultés similaires et, ainsi, ne plus se sentir « un cas » isolé.

Par ailleurs, les parents acceptent d'être présents, ce qui permettra une guidance parentale pour les aider à mieux s'affirmer dans leur rôle.

³² Cette précision est liée au fait que les rééducations et les remédiations sont habituellement proposées sur le lieu de vie de l'enfant (essentiellement à l'école) et non dans les locaux du SESSAD, sauf indication particulière comme c'est le cas ici.

Équipe médicale et paramédicale : le début de la prise en charge

Cependant, malgré l'important travail effectué pour préparer cette admission et le projet de Thomas (rééducations, aides aux apprentissages, suivi psychothérapeutique, début de la guidance familiale) la situation reste confuse.

On peut clairement percevoir, lors des réunions d'équipes éducatives qui sont alors organisées (avec les intervenants de l'école, l'enseignant spécialisé itinérant, le médecin et le psychologue scolaire, les parents et nous-mêmes), que se dessinent deux représentations *apparemment inconciliables* de Thomas : les uns « ne croient pas au concept de dyspraxie » (!), insistent sur les troubles du comportement de Thomas, les relient à l'histoire familiale et aux standards éducatifs des parents, alors que les autres (minoritaires) parlent de troubles neurodéveloppementaux, traitant les aspects comportementaux comme quantité négligeable, persuadés qu'ils disparaîtront dès que la dyspraxie sera effectivement prise en compte.

La psychologue scolaire, qui complète son évaluation par des tests projectifs (patte noire*), juge d'ailleurs que « c'est l'aspect psychologique qui est au premier plan », pointant « un trouble narcissique avec atteinte de l'image de soi, le monde extérieur étant vécu comme dangereux, non maîtrisable, source d'angoisse ».

Ainsi ces réunions, censées faire le point et aider à comprendre les difficultés de Thomas, se résument-elles de fait à des prises de position tranchées, qui semblent diamétralement opposées et surtout qui ressortent clairement des choix dogmatiques des uns et des autres.

Les parents sont de plus en plus perplexes devant ces « diagnostics » qui leur paraissent appartenir à des champs différents, alors qu'ils se sentent implicitement sommés de choisir entre deux « clans ».

Évolution

Équipe médicale et paramédicale

A priori, les excellentes compétences intellectuelles de Thomas (raisonnement, langage oral, mémoire de travail, mémoire à long terme) permettent d'envisager une scolarité de bonne qualité, *sous réserve* d'une amélioration de son comportement, de sa disponibilité intellectuelle, et d'une prise en compte des difficultés spécifiquement en lien avec son trouble practo-spatial (dyspraxie). L'objectif central du projet est donc de lui permettre une *scolarité de bon niveau, longue et diplômante*. C'est pourquoi le projet rééducatif est centré sur la nécessité de limiter, en classe et au quotidien, les effets délétères de la dyspraxie. C'est ce projet qui va fédérer l'ensemble de l'équipe de rééducation de la structure.

Prise en compte des troubles spécifiques des apprentissages

En ergothérapie, on lui propose deux séances par semaine, une dans nos locaux et l'autre sur place, à l'école, afin de favoriser un contact régulier avec l'enseignant. Outre l'apprentissage du clavier de l'ordinateur (méthode du « clavier caché ») et son automatiser dans lequel Thomas progresse rapidement, on

travaille la vitesse de frappe et les stratégies de correction, et ce dès la première année de prise en charge. La dictée vocale lui sera proposée ultérieurement, lors du CM2, en vue de son entrée au collège.

On lui propose également d'emblée un travail neurovisuel en vue d'améliorer la lecture, activité dans laquelle Thomas est également en grande difficulté. Les confusions de lettres en miroir (b/d), les inversions (il/li), un faible empan visuo-attentionnel³³ (trois éléments) s'ajoutent aux difficultés d'organisation du regard le long de la ligne. C'est la raison qui fait prescrire une séance d'orthophonie par semaine. Thomas est très aidé par une colorisation alternée des syllabes.

Ainsi, en fin de CE1, Thomas maîtrise la lecture par assemblage, mais il est lent et très fatigable. Son niveau de lecture est celui d'une fin de CP avec cependant une excellente compréhension des textes. Thomas devra redoubler son CE1.

Les deux années suivantes sont consacrées à consolider le travail d'assemblage et à entraîner la voie d'adressage pour les mots-outils et les mots fréquents. En fin de primaire, la lecture silencieuse, quoique lente, lui permet un accès au sens satisfaisant : les épreuves de compréhension de textes le situent dans la norme. Cependant, il s'épuise lors des tâches de lecture (qui ne cessent d'augmenter en volume) et se trouve en classe en permanence en double-tâche. Différentes stratégies de facilitation et de compensation (logiciels de lecture vocale) sont donc rapidement mises en place, en lien avec son orthophoniste et ses enseignants.

La sensibilité orthographique reste faible. D'une façon générale, il transcrit phonétiquement (« cloune », « canar », « champignon »). En CM, le lexique orthographique mesuré à l'ODEDYS* est déficitaire (-1,7 et).

Prise en compte des difficultés comportementales

Par ailleurs, sur le plan du comportement, on met d'emblée en place un suivi en psychomotricité. Les séances sont d'abord organisées autour de jeux dont Thomas doit inventer puis expliquer les règles. L'évolution a été régulièrement positive : Thomas est plus canalisable, il se disperse moins, accepte mieux le cadre de la séance, les consignes, voire les frustrations.

En CM1 puis en CM2, la rééducation psychomotrice évolue vers un travail dans l'espace de la salle (méthode des contrastes), puis sur les déplacements en situation écologique (dans la rue) pour lui donner une certaine indépendance pour se rendre au collège : il peut utiliser les référentiels exocentrés qui lui sont proposés (en s'appuyant sur la verbalisation) mais il reste cependant en difficulté avec les référentiels égocentrés.

Enfin, malgré le travail entrepris et des progrès certains, les difficultés dans l'organisation temporelle persistent.

³³ L'empan visuo-attentionnel est le nombre de signes graphiques qui peuvent être perçus et analysés simultanément en une seule fixation : plus cet empan est important, moins le lecteur est obligé de faire de saccades et plus la lecture est efficace.

Situation en fin de scolarité primaire

En fin de CM2, Thomas est toujours en inclusion dans la même école de son secteur ; il bénéficie d'une AVS individuelle à mi-temps. Les résultats scolaires sont cohérents, en accord avec les capacités de Thomas et les moyens mis en œuvre.

Il va entrer en sixième au collège de son quartier. L'inquiétude liée à ce changement d'établissement est banale : comment se fera l'adaptation de Thomas à divers enseignants, et surtout, celle de chaque enseignant à Thomas et aux différentes compensations mises en œuvre ?

Psychologue-psychothérapeute

Première année

Lors des premières séances, Thomas ne supporte aucune frustration, aucun échec dans les jeux qu'il choisit. Il veut modifier les règles quand il perd, ce que je refuse. Il peut se mettre à crier que « ce n'est pas juste », que « je n'ai pas le droit de faire ça » ! Il sort parfois de la salle en claquant la porte pour aller s'enfermer dans les toilettes à côté de la salle d'attente où sont ses parents.

Cependant, il accepte sans difficulté de revenir dans le bureau après que je lui formule son droit d'être en colère, ce dont nous discutons tous les deux. Il peut alors reprendre le même jeu en sachant que je ne le laisserai pas gagner pour autant. Ce type de comportement dure quelques semaines, mais les colères se font progressivement moins fréquentes, il supporte mieux la frustration et les échecs. Il tente quand même toujours de modifier les règles quand il perd mais se montre plus adapté dans ses réactions.

Thomas est rassuré par le fait que je supporte ses colères, que sur le plan fantasmatique il ne me détruit pas, que je peux contenir ses angoisses. À chaque séance, Thomas décide de me donner la monnaie qu'il lui reste de son chocolat pris au distributeur. Quand je lui demande pourquoi, il me répond « parce que je trouve que tu n'es pas assez payé pour le travail que tu fais » (il n'a à cette époque que 7 ans). J'accepte sa proposition et nous décidons qu'une boîte sera à disposition et que cet argent servira à acheter des jouets pour le service. Le lien transférentiel s'établit au cours du premier trimestre.

Nous parlons aussi des difficultés qu'il rencontre à l'école. Thomas peut améliorer son comportement quand il a compris en quoi celui-ci est inadapté. Bien sûr, nous devons régulièrement retravailler sur les situations conflictuelles, car Thomas se vit comme persécuté, ce sont toujours les autres qui ont tort.

En dehors de la colère, c'est un enfant qui exprime peu de variations d'humeur, que cela soit à l'intérieur d'une séance ou d'une séance à l'autre. Par ailleurs, il semble toujours surpris des commentaires qui lui sont adressés. Il ne semble pas pouvoir s'identifier à ses pairs : ses réponses sont inadaptées et agressives dans ses relations avec ses camarades d'école ; souvent, il ne comprend pas les implicites liés à la relation.

En parallèle, je reçois les parents en entretien à plusieurs reprises au cours de l'année, pour les aider à faire émerger leurs compétences parentales, non dans des réponses ou des comportements « tout faits », mais en fonction de ce qu'ils sont, eux, et pour les aider à poser leur autorité, à en comprendre le sens.

Au fil du temps, l'instabilité motrice, les angoisses d'endormissement de Thomas diminuent nettement.

Les fragilités narcissiques, l'impossibilité de maîtriser ses mouvements pulsionnels, la provocation, l'instabilité motrice, l'agressivité et l'impossibilité de s'identifier à ses pairs me font poser l'hypothèse d'un fonctionnement psychopathologique. Cependant, assez vite, Thomas va intégrer les limites du cadre thérapeutique, les règles et les frustrations qui relativisent cette hypothèse.

Il a conscience qu'il ne fonctionne pas comme les autres enfants de son âge, il va essayer parfois de mimer les pleurs, la colère (quand il ne la ressent pas vraiment), la joie, mais il n'est pas crédible dans ce qu'il donne alors à voir.

Il accepte de parler des situations conflictuelles qu'il vit à l'école. Ses très bonnes capacités verbales lui permettent de comprendre en quoi les réponses qu'il donne ne sont pas adaptées à la situation. On peut s'interroger sur un clivage entre la sphère intellectuelle et la sphère affective, problématique pour lui. De ce fait, au fil du temps, son comportement est un peu plus adapté, non par identification à ses pairs mais par mimétisme.

Deuxième et troisième années

Thomas revient à la rentrée et rediscute de son maintien en CE1, qu'il accepte mal. Je lui explique que les premières années à temps partiel ne lui avaient pas permis d'acquérir toutes les connaissances attendues. Le fait d'être rassuré sur ses compétences lui permet d'accepter l'alliance thérapeutique et les aides proposées. Thomas rattrape son retard. Cela est gratifiant pour lui et son estime de soi.

La collaboration au sein de l'équipe a été intensive pour maintenir le cadre, développer et renforcer le désir et l'investissement de Thomas dans le projet thérapeutique. Tout cela a favorisé les différentes articulations entre les différentes approches thérapeutiques. Thomas commençait à percevoir la cohérence de l'institution et cela s'est traduit dans l'espace thérapeutique.

Thomas investit de manière beaucoup plus importante les personnages Playmobil et la maison-hôpital. Le scénario variera peu au cours des mois. Thomas représente les soldats qui se battent et m'attribue un rôle de soignant qui prend en charge les blessés. Thomas montre un certain plaisir, si ce n'est une forme de jouissance à mettre en scène son sadisme. Il mime les soldats blessés et leurs agresseurs, rares sont les morts car ils sont tous sauvés *in extremis*. L'institution est devenue pour Thomas un lieu de soin et de réparation.

Dans le jeu, j'ai peu de latitude, je dois faire ce qu'il veut. Malgré mes désaccords, Thomas veut absolument que je participe et que je ne sois pas loin de lui. Cependant, il commente mes actions de soignant car il n'est jamais satisfait de mon travail. Quand je lui en fais la remarque, il me dit : « Ce n'est pas comme ça qu'il faut faire. » Pour autant, après mes commentaires, il me laisse libre car il craint que je ne joue plus avec lui.

En fait, je suis surtout le témoin de ses mises en scène où apparaissent ses fragilités narcissiques et des angoisses de mort importantes. Ainsi, il fait souvent

référence à la seconde guerre mondiale, et, à plusieurs reprises, il me demande pourquoi les Allemands massacraient les gens.

Aucune de mes interprétations ne permet une évolution dans le jeu.

Quatrième année

Thomas investit la pâte à modeler et les Playmobil®. Les personnages en pâte à modeler sont des extraterrestres qui envahissent la Terre car ils n'ont plus quoi de manger sur la leur. Il leur donne une forme humaine grossière. Pour survivre et s'adapter, ils doivent phagocyter les hommes. Les soldats qui protègent les civils et l'hôpital font face à une impuissance sans issue, car les extraterrestres sont immortels. Ils peuvent se régénérer à partir de n'importe quelle partie de leur corps. Cela permet à Thomas d'exprimer son sadisme sur les personnages en pâte à modeler dans la mesure où ils ne meurent jamais. Quant à moi, je suis assujéti au rôle de soignant. Pendant de nombreux mois, Thomas va rester sur ce scénario sans pouvoir s'en détacher malgré mes suggestions.

Pour essayer de le faire sortir du clivage entre un bon objet et un mauvais objet, je décide que les soignants vont aussi devenir cruels. Thomas s'arrête, se met en colère : « Arrête ! Toi, tu n'as pas le droit de faire ça ! » Je lui réponds que je ne vois pas pourquoi, puisque de toute façon ça ne sert à rien de soigner. Ici, on peut penser qu'il clive ses pulsions agressives et ses pulsions tendres ; il peut exprimer son sadisme parce que je suis là pour y mettre des limites, le protéger par ma position de soignant dans le réel, et pas seulement dans le jeu.

Par ailleurs, Thomas fait preuve d'une grande perspicacité en devançant certaines de mes interprétations. Ainsi, quand ses extraterrestres envahissent la Terre, cela m'évoque la seconde guerre mondiale mais surtout les nazis et les camps de concentration. Thomas me dira : « Oui, je sais à quoi tu penses, aux Allemands pendant la guerre. » Il arrive souvent que ses réparties correspondent en effet à ce que je m'apprêtais à énoncer.

En cours d'année, il perçoit mon inquiétude de la persistance de ce jeu et me dit : « Ne t'inquiète pas, je ne suis pas un psychopathe ! C'est de l'humour. Je sais que c'est interdit, mais ici, je peux le faire... » La force du transfert lui permet de dire ça.

Dans les mois qui suivent, les extraterrestres prennent de plus en plus forme humaine. C'est-à-dire que Thomas leur fait des yeux, un nez, une bouche et fait les doigts des mains et des pieds. Puis, progressivement, certains envahisseurs se mettent du côté des hommes et combattent « les mauvais ». Une alliance est alors possible. Ainsi, à travers le jeu, Thomas mobilise des capacités d'identification qui passent par les personnages qu'il construit et les scénarii qu'il met en place.

Cinquième année

Les angoisses de mort et les difficultés d'endormissement réapparaissent. Thomas a vu le film 2012 et il me questionne sur la réalité possible de la fin du monde.

Quelques mois plus tard, la mère nous annonce qu'elle se sépare de son compagnon. Thomas banalise en disant : « Ça me fait rien, tous les parents de mes

copains sont séparés.» Je lui précise que cela n'empêche pas d'en souffrir. Les fragilités narcissiques et les angoisses de mort sont alors telles que Thomas ne peut plus dormir dans sa chambre. Si la mère l'y oblige, elle le retrouve dans le salon ou au pied de son lit. Il lui est impossible pendant plusieurs semaines de retourner dans sa chambre.

Dans le jeu thérapeutique, Thomas met en scène des tremblements de terre, les personnages sont expulsés des maisons et écrasés. Il ne fait pas de lien avec ce qu'il vit de ses angoisses liées à la séparation de ses parents. Je lui dis : « Les tremblements de terre me font penser à la séparation de tes parents », comme s'il ne pouvait plus s'appuyer sur personne pour continuer à faire les choses, à contenir ses angoisses de perte. Au bout de quelques semaines, en intervenant dans le jeu thérapeutique mais aussi par des entretiens avec la mère et Thomas, nous arrivons à ce que sa chambre soit réinvestie progressivement, en y faisant les modifications que souhaite Thomas.

Thomas tente de maîtriser son traumatisme en mettant en scène ses angoisses.

Les difficultés avec ses pairs restent invalidantes, je propose à Thomas un groupe thérapeutique à l'extérieur du service (CMPP voisin). Le pédopsychiatre du CMPP du secteur n'en voit pas l'intérêt, d'autant plus que Thomas veut absolument continuer le suivi individuel. Cette inquiétude traduit son angoisse de séparation ou de perte. Je lui formule qu'il viendra bien un moment où nous arrêterons de nous voir. Thomas répond qu'il souhaite rester jusqu'à ses 15 ans, ce qui correspond pour lui à la fin de l'adolescence. En fait, il n'est pas du tout prêt à se séparer de son thérapeute. Quand je lui précise que même après une fin de suivi, il pourra, s'il en éprouve le besoin, revenir me voir, il se montre soulagé. Il est alors rassuré sur la pérennité de la relation, au moins sur un plan fantasmatique.

L'entrée en sixième de Thomas se passe bien, son comportement est plus adapté. Quand il y a un problème au collège, que ce soit avec ses pairs ou les enseignants, Thomas m'en informe et attend mes commentaires. Il est beaucoup plus dans l'humour, moins dans la provocation. Il semble mieux comprendre ce qui se passe au niveau émotionnel entre deux personnes. Il parle de lui-même des difficultés rencontrées et accepte mes commentaires sur son comportement.

L'infirmière de l'école et l'équipe pédagogique ont bien compris ses difficultés relationnelles. Par ailleurs, les résultats scolaires sont très bons puisqu'il obtient environ 15 de moyenne. La relation à ses pairs est plus adaptée même s'il persiste de façon ponctuelle une impulsivité et des maladroites relationnelles.

Conclusion

Thomas est un enfant très atypique, du moins du point de vue d'un SESSAD « handicap moteur ». Il présente en début de prise en charge des troubles du comportement importants, présentés comme au premier plan, entravant sérieusement sa relation aux autres et son adaptation sociale, et d'abord pensés comme entièrement à l'origine de ses graves difficultés scolaires.

Les aspects psychologiques renvoient à l'histoire familiale et personnelle de Thomas, à des angoisses de destruction et de castration importantes, ainsi qu'à des fragilités narcissiques. Ces dernières sont renforcées par la dyspraxie qui entraîne des frustrations et déclenche des colères quand il échoue dans les domaines praxiques, tandis qu'il développe une estime de soi dévalorisée.

Cependant, au cours du suivi dans notre service, nous constatons une évolution régulièrement favorable (malgré des moments régressifs). En effet, la bonne compréhension de ses troubles spécifiques (dyspraxie) lui a permis de bien investir les rééducations et de créer une relation de confiance avec ses différents thérapeutes. Les bons résultats scolaires l'ont rassuré dans ses compétences et lui ont permis d'accepter et d'intégrer les aides palliatives proposées.

Les troubles du comportement et de l'adaptation sociale ont bien évolué. Actuellement, en cours de thérapie, il peut amener en séance des moments difficiles que nous analysons ensemble. Son désir de comprendre lui permet d'intégrer des règles sociales et de mettre du sens là où, pour lui, il n'y en avait pas.

Ce travail parallèle et transversal entre psychologie clinique et neuropsychologie a permis de construire des ponts entre les différents registres de fonctionnement de l'enfant, de ne pas être dans une dichotomie stérile. Il peut ainsi s'instaurer une synergie entre ces approches permettant à notre patient d'être considéré dans les différents aspects de sa personnalité et de son fonctionnement.

Point d'orgue

Ces cas cliniques, loin d'être rares, soulignent l'intérêt de la présence au sein des équipes d'un neuropsychologue *et* d'un psychologue clinicien. Mais, qu'ils travaillent ou non au sein d'une même équipe, tous deux se doivent de collaborer, dans le respect de leurs compétences réciproques, au-delà des idéologies réductrices.

Car les risques de clivage, de saucissonnage sont ici majeurs : or, malgré les divergences de représentation théorique, les conceptions « psy » et « neuropsych » se recouvrent en partie et se complètent, sans s'opposer. Selon les cas, cette collaboration peut prendre des formes diverses, mais cela suppose toujours que chacun ait appris à connaître, reconnaître et accepter le savoir de l'autre.

Il ne s'agit jamais de réduire une des approches à l'autre, ni *d'intégrer* l'une à l'autre : chacun est incommensurable avec l'autre. Toutefois, elles peuvent, pour certains enfants, se combiner et s'entrecroiser dans une complémentarité qui prend en compte tous les aspects des troubles, souffrances et déficits de l'enfant.

C'est cet abord pluriel, intégratif, qui permet des interventions complètes et véritablement adaptées. Une prise en charge coordonnée, qui tient compte de *l'ensemble* des troubles, évite de mettre familles et enfants devant un choix impossible. Plus respectueuse de l'enfant, elle est aussi plus efficace, l'évolution de la personnalité de l'enfant et l'amélioration du trouble des apprentissages s'influençant mutuellement.

CHAPITRE 5

Le champ thérapeutique

Préambule

Il ne suffit pas de faire des diagnostics pertinents, encore faut-il qu'ils débouchent sur des propositions thérapeutiques véritablement utiles et adaptées.

Cette dernière partie ne vise pas à faire l'inventaire des propositions thérapeutiques mais à insister sur le fait que la prise en charge des jeunes dyspraxiques ne peut pas se réduire à quelques préconisations générales (un tiers-temps supplémentaire, un ordinateur, un auxiliaire de vie scolaire, etc.) plus ou moins stéréotypées. Chaque projet doit être construit « sur mesure », puis ajusté au fil du temps.

Nous présentons ici cinq cas cliniques concernant tous des jeunes dyspraxiques chez lesquels se sont posés différents problèmes thérapeutiques :

- tout d'abord, nous abordons le dilemme classique du choix entre écriture manuelle et ordinateur, pour faciliter la scolarité (*voir* Jean-Marie, cas clinique 1);
- nous insistons ensuite sur l'indispensable individualisation de ces projets, en prenant l'exemple de deux jumelles monozygotes chez lesquelles il faudra savoir adapter les interventions au cas par cas (*voir* Maëlle et Joëlle, cas cliniques 4 et 5);
- nous retraçons en parallèle les difficultés d'acceptation des aides techniques chez deux adolescents qui ont géré ce cap difficile chacun à leur manière (*voir* Renaud et Corentin, cas cliniques 2 et 3);
- puis nous discutons le problème de l'orientation scolaire (en inclusion ou en milieu spécialisé type CLIS), au travers de l'histoire de Clovis (*voir* cas clinique 5);
- enfin, nous revenons sur l'intérêt, pour certains jeunes, d'une prise en charge psychothérapeutique; celle-ci doit alors être partie intégrante du projet, à côté et avec le projet de rééducation neuropsychologique (*voir* Arthur, cas clinique 6).

Jean-Marie, rééduquer ou pallier

L'histoire de Jean-Marie interroge plus précisément les stratégies thérapeutiques dans un contexte de dyspraxie familiale.

Jean-Marie consulte pour la première fois à 7,10 ans. Ses parents sont tous deux présents à ce premier rendez-vous. Jean-Marie est le deuxième d'une fratrie de quatre, il a une sœur aînée qui bénéficie d'une rééducation orthophonique, un jeune frère de deux ans son cadet et une petite sœur de quelques mois. Ses parents travaillent tous les deux : le papa a une activité professionnelle qui lui permet d'être présent au retour de l'école et donc durant les devoirs du soir. Jean-Marie est en CE1, ses parents ont décidé de consulter car il a de grandes difficultés en graphisme et dans le domaine temporo-spatiale.

Le développement de Jean-Marie est décrit comme très harmonieux : la marche a été acquise à 1 an, le langage est apparu très précocement. Jean-Marie a toujours été la mascotte familiale qui animait les repas, ses parents évoquent à ce sujet un excellent niveau de verbalisation et une appétence toute particulière pour la communication verbale depuis l'apparition du langage. Cependant, Jean-Marie est décrit comme un enfant manquant d'assurance et de confiance en lui.

Ainsi, la maman se souvient que depuis son plus jeune âge, Jean-Marie a toujours beaucoup sollicité l'adulte : une attention permanente lui était indispensable, tant verbale que physique. Il était souvent sur les genoux de ses parents. Néanmoins, sur le plan de l'autonomie, Jean-Marie est volontaire, assumant sa place d'aîné mais pénalisé dans les activités nécessitant de la précision motrice : ainsi, faire ses lacets, fermer ses boutons, mettre ses chaussettes sont des actions impossibles pour lui. Cela renforce bien entendu son manque de confiance en lui.

Scolarité

Si l'adaptation au cadre scolaire se déroule sans aucune difficulté, très rapidement les productions écrites de Jean-Marie alertent les enseignants : difficultés en graphisme, immaturité des repères temporo-spatiaux, la copie est aussi très pénalisée. En grande section de maternelle, l'enseignante sollicite les parents et indique les très bonnes performances à l'oral : ses compétences de verbalisation, sa compréhension et son accès au concept. Bref, Jean-Marie est un enfant intelligent mais « c'est un auditif ! », dira-t-elle.

Les parents décident alors de consulter un spécialiste. Un bilan psychométrique est prescrit, pratiqué à 8,5 ans (WISC-IV*, voir [figure 5.1.](#)).

Les résultats globaux (en notes standards, NS) sont les suivants : ICV = 101, IRP = 77, IMT = 112, IVT = 73.

L'examen montre de bonnes compétences conceptuelles :

- les épreuves conceptuelles verbales obtiennent des scores homogènes : SIM = 11, RVB = 12;
- les épreuves perceptives sont hétérogènes :
 - les deux épreuves à forte composante visuo-spatiale sont chutées : CUB = 6, MAT = 4,
 - l'épreuve d'identification de concept confirme les aptitudes de catégorisation : son score est dans la moyenne, discrètement pénalisé par la modalité visuelle;

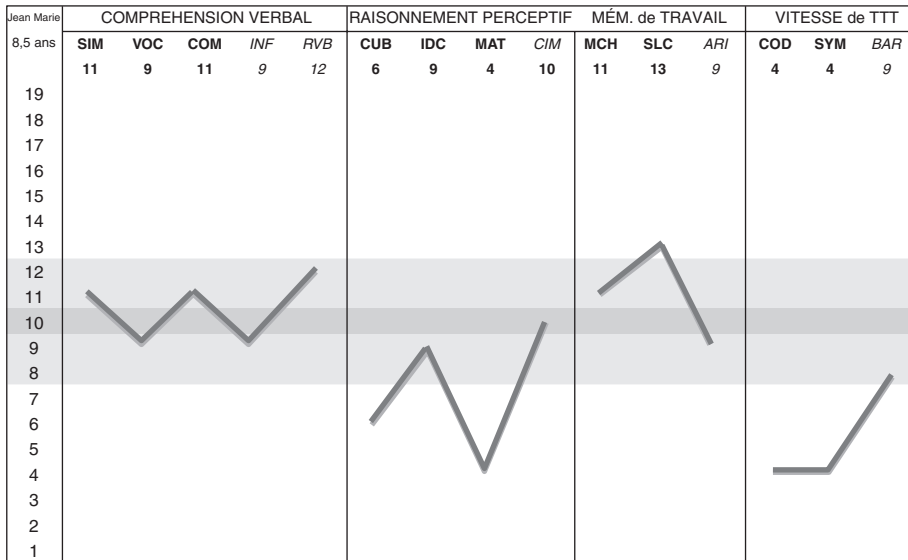


FIGURE 5.1 Jean-Marie, 8,5 ans : WISC-IV*.

- les épreuves de mémoire de travail sont réussies grâce à un bon score à l'épreuve de SLC (13). La chute relative à l'épreuve d'arithmétiques (9) doit être reliée au problème visuo-spatial;
- enfin, les difficultés repérées dans le cadre scolaire en graphisme se confirment dans les scores obtenus dans l'échelle de vitesse de traitement, échouée : COD = 5, SYM = 5, BAR = 9.

L'examen psychométrique conclut donc aux éléments suivants :

- une hétérogénéité des résultats en faveur des épreuves verbales;
- des compétences conceptuelles satisfaisantes;
- des compétences satisfaisantes en mémoire de travail;
- une grande appétence pour la communication;
- l'absence de trouble psychodynamique;
- une conscience élevée de ses difficultés en graphisme;
- une demande d'aide dans ce domaine spécifiquement.

Le diagnostic de *dyspraxie visuo-spatiale* est donc posé. Le projet thérapeutique initialement élaboré est centré sur une rééducation psychomotrice.

Rendez-vous avec les parents : un nouvel éclairage

Les deux parents sont présents au rendez-vous de transmission des résultats.

À l'évocation des résultats de Jean-Marie, nous apprenons par la maman qu'elle-même a bénéficié d'une prise en charge en psychomotricité pour ambidextrie et maladresse. Elle se plaint toujours de son ambidextrie et de sa

maladresse gestuelle. Le papa se souvient avoir lui aussi bénéficié d'une prise en charge pour des difficultés psychomotrices. Le diagnostic de dyspraxie prend désormais un éclairage différent en soulevant la question d'une étiologie familiale.

La question du projet thérapeutique prend alors une autre dimension : l'échec des prises en charge psychomotrices des parents pose la question du bien-fondé d'une rééducation du même type, centrée sur le graphisme.

Cependant, la plainte de Jean-Marie était claire et insistante : une demande d'aide pour le graphisme. Une rééducation en psychomotricité pour renforcer le geste graphomoteur est alors décidée. Il est convenu de refaire le point un an plus tard.

Un an plus tard : le bilan d'évolution

Après un an de prise en charge en psychomotricité, les difficultés en graphisme demeurent, pénalisant gravement les apprentissages et l'intégration scolaire. La prise en charge piétine. Les enseignants soulignent une dégradation de l'appétence pour la scolarité.

Un bilan d'évolution étalonné est alors décidé. Jean-Marie bénéficie d'un bilan ergothérapique qui confirme les troubles : déficit visuo-spatial majeur, retard important en graphisme (voir figures 5.2. et 5.3.).

Face à cette situation, qui témoigne de *l'absence d'amélioration* selon l'examen des données issues du bilan ergothérapique, un bilan neuropsychologique est proposé.

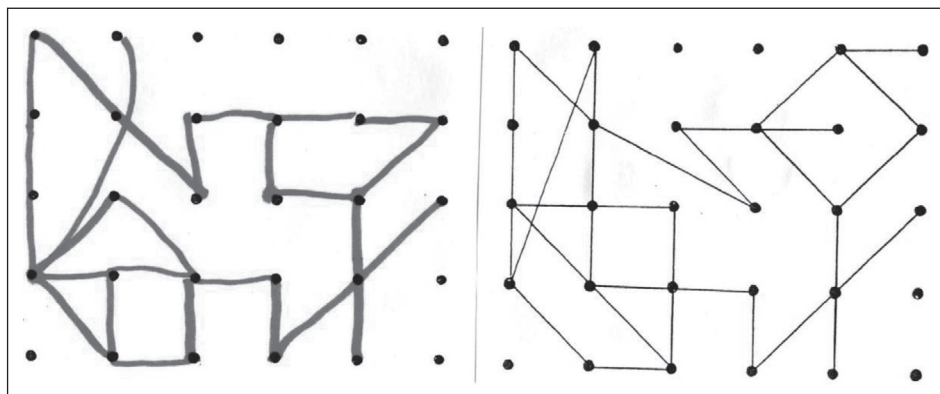


FIGURE 5.2 Copie de dessin dans un repère de points (Frostig).
L'épreuve témoigne des difficultés visuo-spatiales.

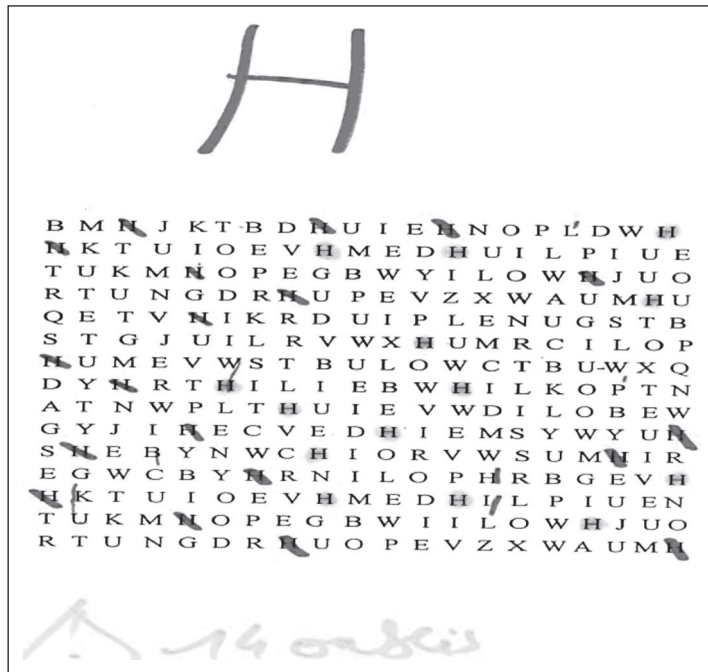


FIGURE 5.3 Épreuve de balayage visuel (barrage des H).
L'épreuve est échouée : 14 oublis.

Le bilan neuropsychologique

Le second examen psychométrique : les résultats (voir [figure 5.4.](#)) sont tout à fait comparables à ceux du bilan précédent, pratiqué deux ans plus tôt : ICV = 112, IRP = 77, IMT = 109, IVT = 78. Il y a pérennité des troubles.

Les épreuves complémentaires : les épreuves visuo-spatiales et non graphiques de la NEPSY* : flèches, orientation, précision visuo-motrice, copies de figures. Toutes les épreuves sont échouées : flèches, NS = 5 ; attention visuelle, NS = 6 ; orientation est échouée dans les mêmes proportions. Ces épreuves confirment le trouble massif visuo-spatial.

Deux bilans psychométriques pratiqués à deux ans d'intervalles, alors qu'une rééducation est en cours, montrent combien les courbes se superposent, témoignant de la pérennité de la dissociation entre les compétences verbales et perceptives. Remarquons également la stabilité du trouble graphomoteur après deux années de rééducation du geste graphique.

À la suite de ce second bilan neuropsychologique, le diagnostic de dyspraxie visuo-spatiale isolée est retenu. *L'absence d'impact de la rééducation psychomotrice* sur les difficultés graphomotrices dans ce cas précis est démontrée.

Le projet thérapeutique doit donc être revu ; stratégiquement, un contournement du trouble doit être priorisé : l'apprentissage de l'outil informatique est

engagé à visée palliative. Le projet thérapeutique ne visera donc plus la rééducation du graphisme mais l'apprentissage de l'outil informatique pour pallier les difficultés dans ce domaine.

D'autre part, les difficultés visuo-spatiales spécifiquement sollicitées dans les matières telles que la géométrie par exemple devront faire l'objet d'un étayage particulier grâce à des logiciels informatiques spécifiques et à des adaptations des supports pédagogiques.

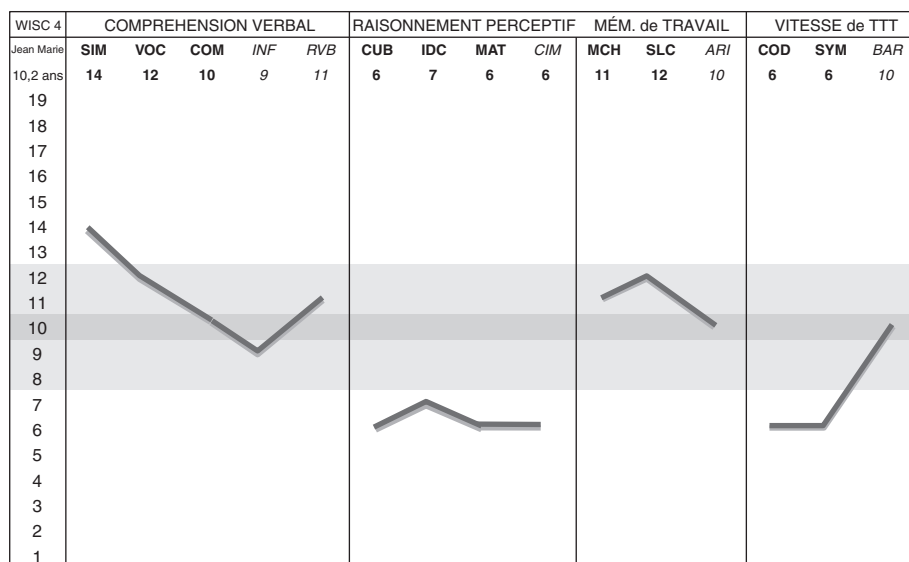


FIGURE 5.4 Jean-Marie, 10,2 ans : WISC-IV*. À comparer avec la [figure 5.1](#).

Conclusion

Jean-Marie, les constats :

- une dissociation marquée aux échelles de Wechsler qui n'évolue pas après dix-huit mois de prise en charge adaptée (*durabilité du trouble*) confirme la réalité d'un trouble spécifique d'apprentissage;
- il convient d'envisager le projet thérapeutique et scolaire *sous l'angle du contournement*;
- un diagnostic de dyspraxie visuo-spatiale a un bon pronostic *lorsque la compensation* par la voie orale est possible, c'est-à-dire lorsque la mémoire de travail est performante;
- les difficultés de Jean-Marie posent *la question de l'étiologie familiale* : en effet, nous l'avons appris depuis, le jeune frère de Jean-Marie a consulté à son tour. Les investigations ont abouti à un diagnostic de dyspraxie visuo-spatiale sévère.

Renaud et Corentin, aménager le projet thérapeutique à l'adolescence

Nous mettons ici deux histoires en parallèle, celle de Renaud et celle de Corentin, prétextes à discussions autour du projet thérapeutique.

Renaud

Renaud nous est adressé par la psychologue scolaire en raison de difficultés scolaires notées dès la maternelle. Il a alors 7 ans et est scolarisé en CE1 dans l'école de son quartier. La maman ne rapporte pas de difficulté lors de la grossesse, de l'accouchement ou de la première enfance. Cependant, elle décrit une maladresse gestuelle globale.

Évaluation

Le bilan met en évidence un très bon niveau de raisonnement verbal (SIM = 14). La lecture le situe en niveau fin de CP³⁴, avec une grande difficulté à suivre le texte qui l'oblige à s'aider du doigt pour suivre la ligne. La fatigue à la lecture est rapide (dès la seconde ligne). Les compétences en langage écrit sont comparables à celles en lecture. Sur le plan du graphisme, il écrit en cursives mais il est très lent et malhabile. Il cherche presque pour chaque lettre (idem pour les chiffres) comment organiser son geste.

Sur le plan des activités visuo-spatiales, sont notées :

- des difficultés dans les mouvements alternés des mains ;
- pas de difficulté dans la reproduction de mouvements orientés ;
- l'épreuve de Barrage des H est massivement échouée ;
- la copie de la Figure de Rey* n'est pas cotable (pas de possibilité d'analyse des relations topologiques entre les différents éléments).

Les éléments précédents (trouble du regard et trouble spatial) font rechercher l'existence d'une dyscalculie spatiale. Renaud comprend la structure additive mais, lors de la pose d'opérations, il lui est impossible d'aligner les unités, les dizaines, et il ne sait pas où placer la retenue. Ses difficultés ne sont pas en lien avec un trouble du sens du nombre mais avec son incapacité à organiser la pose de l'opération sur le plan spatial. S'y ajoute la difficulté graphique pour tracer de manière stable les chiffres. Ses capacités de raisonnement (conceptualisation) sont en concordance avec son âge réel.

Conclusion

Renaud présente une dyspraxie visuo-spatiale développementale avec une dysgraphie dyspraxique, des difficultés d'exploration et d'automatisation de l'organisation linéaire des saccades dans la lecture ainsi que des signes émergeant

³⁴ La consultation a lieu en décembre de son année de CE1.

d'une dyscalculie spatiale.

Le suivi conseillé consiste en séances d'ergothérapie (rééducation de la motricité fine, et rééducation grapho-motrice), ainsi que des aménagements pédagogiques.

Corentin

L'anamnèse de Corentin révèle une prématurité. Il présente une atteinte à minima des membres inférieurs, sans atteinte des membres supérieurs. Des consultations hospitalières régulières ont eu lieu dans la petite enfance (jusqu'à l'âge de 2 ans), puis ont été interrompues à l'initiative de la famille. Alors qu'il est âgé de 5,10 ans, la famille est de nouveau en demande de consultation en raison de difficultés motrices et de difficultés de graphisme.

Évaluation

Le psychologue hospitalier voit l'enfant en bilan. À l'époque, il propose une WPPSI-R : « L'échelle verbale montre que Corentin a des connaissances et des capacités de raisonnement supérieures à la moyenne, ainsi que dans le domaine de compréhension de situation et d'adaptation sociale. Le vocabulaire est riche et précis. Il a une bonne mémoire sur laquelle il peut s'appuyer. L'épreuve arithmétique révèle des difficultés d'ordre perceptif. Il sait toutefois utiliser l'aide verbale qu'on lui apporte de manière efficace. »

L'échelle de performance montre des difficultés massives dans les épreuves demandant une structuration et une représentation spatiale (carré, figures géométriques, labyrinthe.) Au subtest des cubes, il ne peut réaliser que les premiers modèles, ne parvenant pas à orienter les diagonales, bien qu'il ait mis spontanément en place une verbalisation qui compense en partie ses difficultés. Des difficultés praxiques gênent ses réalisations. L'épreuve des figures géométriques est très échouée. Les stratégies visuelles utilisées par Corentin sont mal organisées (de proche en proche avec des oublis). Recopier un dessin, une phrase ou son nom propre est quasi impossible pour Corentin. Il tente de contourner ce problème en verbalisant ce qu'il fait. Sa production est meilleure en mémoire. On note une grande lenteur.

Conclusion

Dans les conclusions du professionnel, on retrouve « un trouble moteur discret, un langage très riche avec des phrases bien élaborées ». « Les troubles praxiques et de l'oculomotricité nécessitent une prise en charge car l'enfant doit rentrer en CP et il y sera en difficultés scolaires s'il n'a pas de soutien. » L'enfant est orienté vers notre SESSAD.

Le bilan d'entrée au SESSAD confirme une dysgraphie importante dans le contexte d'une dyspraxie à forte prégnance visuo-spatiale avec trouble du regard, et un excellent niveau de raisonnement verbal.

Nous proposons donc un suivi, à raison de deux séances hebdomadaires d'ergothérapie et d'une séance de psychomotricité. Il a alors 6 ans.

Rééducations mises en place pour ces deux enfants

Pour Renaud

Les rééducations d'ergothérapie ont lieu à raison de deux fois par semaine. L'une se fait à l'école pour pouvoir rencontrer l'enseignante (ce qui n'est pas si courant à l'époque, nous sommes avant la loi de 2005), et l'autre se fait dans le service.

Renaud se plaint de ses difficultés en graphisme et en mathématiques. Il comprend ce que l'on attend de lui mais n'arrive pas à faire « comme les copains ».

Un travail sur le graphisme lui est alors proposé. Il s'agit d'aider Renaud à dessiner au moins les chiffres de manière stable³⁵. En effet, le 3 et le 5 ne sont souvent pas reconnaissables, les déformations sont variables, ce qui ne permet pas à Renaud d'être sûr de ce qu'il a écrit.

La méthode Jeannot³⁶ est alors utilisée. La technique consiste à verbaliser³⁷ la succession des gestes graphiques. La verbalisation se fait dans un premier temps à haute voix, puis à terme, l'enfant « dit la comptine dans sa tête ». Évidemment, le geste est lent car chaque étape graphique est décrite. Toutefois, cela permet à Renaud de « dessiner » les chiffres avec moins de fluctuations. La lenteur est peu pénalisante à ce moment-là, car les autres enfants de la classe n'ont pas non plus encore automatisé leur graphisme. Mais pour Renaud, elle signe la charge cognitive recrutée lors de la tâche.

La pose d'opérations (voir [figure 5.5.](#)) est également problématique. Renaud est très gêné par l'aspect spatial. Aligner les unités sous les unités, les dizaines sous les dizaines, les centaines sous les centaines relève pour lui du parcours du combattant. Cet exercice lui demande de « verbaliser » le graphisme du chiffre à écrire, puis de verbaliser la position (unité, dizaine, centaine), et de la coordonner avec le chiffre, et/ou le nombre suivant à écrire. Ensuite, il faut « verbaliser » l'algorithme opératoire et ne pas se tromper sur la place des retenues. Bref, des pièges à tous les étages.

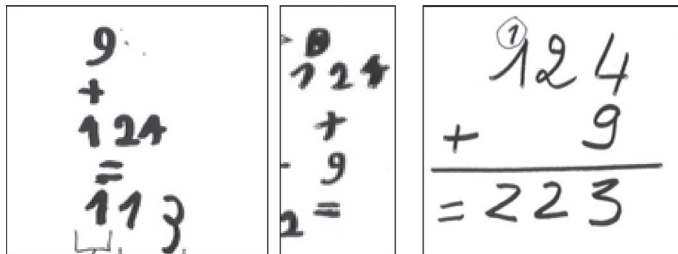


FIGURE 5.5 Renaud, pose d'une addition.

À gauche : premier essai ; au milieu : deuxième essai ; à droite : résolution après pose par le secrétaire.

³⁵ Les ordinateurs portables sont peu courants à cette époque. Lorsqu'un système palliatif est mis en place, il s'agit le plus souvent d'une machine à écrire. Ce type de compensation rendait difficile l'utilisation en classe pour les mathématiques. C'est pourquoi il est proposé à Renaud un travail spécifique sur le graphisme des chiffres.

³⁶ J. Jeannot-Girard, *La Clé des mots et les techniques Jeannot*, Paris, Nathan, 1973.

³⁷ Les consignes ne sont pas visuo-spatiales.

Au premier essai, Renaud écrit les nombres dans l'ordre où ils lui sont dictés. Puis il demande l'autorisation de recommencer car il sait qu'il a du mal à aligner les chiffres et il préfère écrire le 9 après, pour « le mettre avec les unités ». Au troisième essai, lorsque la pose est réalisée par un tiers, l'erreur porte sur l'aspect spatial de la pose de la retenue (Renaud se trompe de colonne).

On propose alors un travail à l'oral sur les compléments à 10. Il s'agit d'automatiser les procédures qui peuvent l'être pour qu'au moins une des tâches soit moins coûteuse pour lui lorsqu'il effectue les opérations. Renaud adhère bien à cette proposition. Les exercices sont ludiques, avec de l'émulation, et il progresse rapidement.

En ce qui concerne la pose des opérations, des colonnes en couleur sont préparées pour que Renaud puisse poser seul les opérations.

Pour Corentin

La séance de psychomotricité consiste à proposer de la relaxation et un travail sur la latéralité.

En ergothérapie, une rééducation graphique est proposée, ainsi qu'un travail neurovisuel. Corentin arrive à la première séance en me disant : « Apprends-moi à écrire les boucles », ce qui montre son désarroi par rapport à cet apprentissage, tellement investi en CP. La technique utilisée s'appuie sur les bonnes capacités de verbalisation de Corentin (méthode Jeannot). Des rencontres sont organisées avec l'enseignante qui a déjà mis en place des adaptations pertinentes. Elle propose des lettres mobiles lorsqu'il s'agit de faire du langage écrit, ou des étiquettes s'il faut travailler sur la phrase.

Sur le plan neurovisuel, des aides sont mises en place pour que Corentin se fatigue moins lorsqu'il doit utiliser ses yeux. Des repères verts en début de ligne, rouges pour marquer la fin de la ligne sont utilisés. Les lignes des textes à lire sont surlignées en couleurs alternées, pour éviter les sauts de ligne lors de la lecture. On propose aussi à l'enseignante d'augmenter l'interligne des textes qu'elle propose.

Évolution pour les deux enfants

Les mois passent et les enfants progressent. Toutefois, *l'amélioration du graphisme pour Renaud et Corentin est insuffisante* en regard des exigences scolaires. C'est pourquoi un rendez-vous est proposé à chaque famille pour discuter de l'évolution du projet thérapeutique.

En effet, Renaud comme Corentin ont de très bonnes capacités sur le plan verbal. Renaud est gêné par une dysorthographe, pour laquelle il sera proposé un travail spécifique en orthophonie. Avec le recul, la dysorthographe est à attribuer à la double-tâche.

Tous deux n'ont pas de problème de mémoire de travail, ont de très bonnes capacités d'attention. Ces éléments sont en faveur d'un projet de scolarité longue. Mais la contrainte graphique inhérente à ce projet de scolarité doit être anticipée.

Il faudra donc systématiser les aménagements : discuter d'un allègement de la tâche graphique avec les écoles, proposer l'apprentissage de l'orthographe

par épellation, avec une organisation des listes de mots (adverbes, conjonctions, etc.), en grammaire verbaliser les règles, et en conjugaison oraliser les terminaisons des verbes. En parallèle, il faut proposer un apprentissage de l'écriture au clavier qui, compte tenu des difficultés d'organisation du regard de ces deux enfants, se fera clavier caché³⁸.

Cette proposition de frappe au clavier inquiète beaucoup les deux familles. C'est pourquoi nous expliquons que ce qui la motive ce sont les bonnes capacités scolaires et le bon potentiel d'apprentissage qui ne doit pas être réduit au fait de calligraphier des lettres. Il faut contourner les difficultés graphiques pour donner un outil permettant de laisser une trace écrite utilisable pour les apprentissages. Cela nécessite que cet outil soit automatisé pour éviter la situation de double-tâche, à laquelle les deux enfants sont confrontés en permanence. Les parents comprennent l'argumentation et acceptent le projet, même s'il leur est difficile de renoncer à l'écriture manuscrite.

Un apprentissage du clavier est donc mis en place. Cet apprentissage se passe bien pour tous les deux. On peut alors envisager sa mise en place en classe pour les deux enfants. Renaud est alors en fin de CE2, et Corentin en début de CE1. La fin de primaire se passe bien pour les deux enfants, avec des enseignants qui s'adaptent bien aux spécificités de ces deux élèves.

Au moment de l'orientation vers le collège, plusieurs solutions s'offrent aux enfants.

La première est un nouveau dispositif mis en place par l'Éducation nationale depuis peu et qui s'appelle à l'époque UPI. Il s'agit d'unités pédagogiques d'intégration. Chacune est coordonnée par un enseignant spécialisé, au sein d'un collège, avec possibilité d'inclusions dans une classe de sixième « ordinaire ». La deuxième proposition est l'inscription au collège du secteur. Il n'y a pas à l'époque d'auxiliaire de vie scolaire (AVS) individuel.

La maman de Renaud accepte la proposition d'UPI. En effet, ce dispositif, proposé dans un collège proche de leur domicile, pourra aider Renaud et l'étayer pour les devoirs.

Les parents de Corentin font l'autre choix. En effet, l'UPI proposée est loin de leur domicile. Ils optent pour un collège privé plus proche de leur domicile, une petite structure qui est mise au courant et bien informée des spécificités de Corentin. L'utilisation de l'ordinateur pour la scolarité est acceptée sans difficulté par le chef d'établissement. Les parents sont alors rassurés.

Pour Renaud

La sixième et la cinquième se passent bien. Mais lors de l'année de quatrième, il commence à contester les dispositifs mis en place.

L'organisation de l'UPI ne lui convient plus. Il ne veut plus faire partie « des handicapés », et refuse tout lien avec ce dispositif. *Il n'accepte plus* toutes les aides et tous les palliatifs qu'il vit comme stigmatisants. Il prend les cours en note de façon manuscrite, et décide de « se gérer tout seul au collège ». Son opposition est forte, tant au collège qu'à la maison.

³⁸ M. Mazeau, C. Le Lostec, *op. cit.*, p. 75–99.

La maman confie être dépassée par le comportement et ne plus savoir quoi faire. Elle fait suffisamment confiance au service pour solliciter notre aide. Cette période est très difficile pour tous les deux. Renaud est à fleur de peau, il rentre de plein fouet dans l'adolescence et il est très déstabilisé. Il cherche à gagner une autonomie qu'il a du mal à appréhender avec son handicap. Sur le plan scolaire, ses notes chutent. Devant la détermination de Renaud, on craint qu'il ne demande un arrêt des prises en charge.

Pour *éviter une rupture* définitive, le psychologue négocie, d'une part avec l'équipe, d'autre part avec Renaud. Il amène l'équipe thérapeutique à suspendre ses rééducations, et l'UPI à accepter une interruption de fréquentation du dispositif de quelques mois. En effet, le psychologue insiste vis-à-vis de l'équipe sur l'idée qu'en étant trop rigides, nous n'aidons pas Renaud, nous ne lui permettons pas d'élaborer son projet. Il convient de lui laisser l'opportunité de se rendre compte de ses ressources et de ses limites, de l'aider à redevenir acteur de son projet, et d'éviter ainsi une rupture définitive.

Un contrat est donc mis en place entre l'UPI, Renaud, sa maman et l'ergothérapeute. Il s'agit d'aider Renaud à prendre conscience de ses points forts, des aides dont il a besoin, et de susciter sa demande pour ces aides. Au lieu d'être dans l'opposition, il doit comprendre ses besoins. Pendant quelques mois une sortie *provisoire* d'UPI est décidée. Durant cette période, la séance individuelle d'ergothérapie est suspendue. En contrepartie, ses résultats scolaires doivent se maintenir. Le contrat est signé avec Renaud qui est soulagé par cette proposition, tente de respecter les termes du contrat. Il continue les entretiens avec le psychologue.

À l'issue de cette période, Renaud admet que l'aide de l'UPI ainsi que les rééducations lui sont nécessaires. Les résultats scolaires ont été largement insuffisants et une proposition de redoublement de quatrième vient d'être faite par l'équipe pédagogique. Renaud et sa maman l'acceptent. Cette seconde quatrième se fait dans un climat plus serein et permet à Renaud de s'approprier les aides mises en place. Les résultats scolaires sont de nouveau nettement en hausse et Renaud s'épanouit.

Pour Corentin

L'entrée en sixième s'avère beaucoup plus difficile. En début d'année, une rencontre a eu lieu avec le directeur de l'établissement ainsi que certains enseignants pour discuter des propositions d'aménagements.

Celles-ci ont consisté en un allègement de la tâche écrite par l'intermédiaire de photocopies, l'utilisation de l'ordinateur en classe pour la prise de notes si des polycopiés ne peuvent pas être proposés, la rédaction des devoirs et exercices à l'ordinateur (à l'école comme à la maison), la possibilité de faire certaines évaluations à l'oral, notamment dans les matières comme la SVT où l'utilisation de schémas est courante. Ces propositions sont acceptées par les enseignants présents. Le professeur principal est chargé d'informer ses collègues des aides spécifiques mises en place.

Au bout de quelques semaines, Corentin dit qu'il vit très mal les remarques de certains camarades de sa classe ainsi que de certains adultes sur les aménagements mis en place. Il est alternativement considéré soit comme « le chouchou des profs », soit comme « un bébé ». Il a l'impression que ces aménagements ne sont pas licites et qu'il bénéficie d'un régime de faveur vis-à-vis des autres élèves. En même temps, il est tout à fait conscient qu'il ne peut pas écrire à la main comme ses camarades.

Il est déprimé, ne sait pas comment répondre à ces attaques. On lui propose alors d'avoir un lieu de parole et de rencontre avec le psychologue. En parallèle, on réfléchit avec lui et ses parents sur une modalité d'intervention au collège. Plusieurs propositions sont faites.

Corentin a choisi d'exposer lui-même ses difficultés à ses camarades et la raison des aides mises en place. Il rédige une présentation écrite. Nous discutons des questions que pourraient poser ses camarades, de ce qu'il pourrait répondre. Corentin a d'emblée trouvé les mots pour décrire les difficultés inhérentes à son handicap caché, le travail qu'il a dû fournir pour pouvoir maîtriser son ordinateur et réaliser ainsi l'écrit aussi efficacement que ce que les autres font « à la main ».

Les élèves ont dans leur grande majorité bien accueilli cette intervention, sa vie au collège s'est révélée plus agréable par la suite. Corentin a mis encore plus d'énergie à se dépasser dans les secteurs où il était le plus en difficulté. Il est très soutenu par sa famille, qui maintient ses exigences mais l'entoure pour passer ce cap difficile.

Cependant, cette expérience douloureuse a eu pour conséquence une hypersensibilité de Corentin au soupçon qu'il était trop aidé. Cela s'est réactivé en cinquième avec un des enseignants qui ne reconnaissait pas les difficultés de Corentin, contestait le tiers-temps supplémentaire qu'il considérait comme un privilège injustifié au bénéfice de l'élève. Puis de nouveau en troisième lorsqu'il a eu la possibilité d'avoir l'aide d'un secrétaire et d'un tiers-temps pour les examens. Il accepte le tiers-temps pour le brevet des collèges, mais pas le secrétaire. Il était pour lui insupportable que l'on puisse penser que le secrétaire pouvait l'aider à répondre. Il s'était persuadé que son travail ne pouvait pas avoir la même valeur dans ces conditions.

Pour Corentin, contrairement à Renaud, il n'y a pas eu de période de rupture ou d'opposition bruyante. Cependant, son adolescence a été marquée par un épisode dépressif, réactivé à plusieurs reprises. En effet, il pensait que les aides scolaires liées à sa dyspraxie entravaient la perception par ses camarades de ses bonnes compétences intellectuelles.

En troisième, Renaud et Corentin ont passé le brevet des collèges avec succès. Ils sont orientés vers une seconde générale. Les aménagements et adaptations continuent à être discutés pour tous les deux, dans les lycées qu'ils fréquentent. Ils choisissent tous les deux de faire une section ES.

L'un comme l'autre ont le bac avec mention et font des études supérieures.

Conclusion

Le projet thérapeutique fait l'objet d'une construction conjointe (famille, enfant, école, service de soins). Il doit s'adapter à l'âge des enfants. Le cadre thérapeutique doit être étayant mais nécessite de la souplesse.

Certaines adaptations ou certains contournements mis en place en primaire et acceptés par les enfants peuvent être remis en cause ou refusés en cours de collège. En effet, l'adolescence est une période de grand remaniement pour les enfants. Les enfants en situation de handicap n'échappent pas aux questions qui se posent aux autres. Ils se confrontent à un principe de réalité, le handicap, qui les empêche de faire comme les autres. Parfois ce handicap est visible, comme dans le cas de handicap moteur, parfois il est caché et ne s'exprime que dans certaines situations. Or à l'école, et surtout au moment de l'adolescence, les jeunes ne souhaitent pas être différents des autres. Les difficultés scolaires liées au handicap sont dans ce cas difficilement supportables.

Deux stratégies sont alors possibles :

- certains jeunes refusent toute aide et préfèrent attribuer leur échec à un manque de travail plutôt qu'à des troubles cognitifs. Cette attitude se retrouve souvent chez des jeunes pour lesquels le diagnostic a été tardif, et pour lesquels le terme de « handicap » est insupportable ;
- l'autre attitude consiste à négocier le cadre, pour vérifier qu'il existe, suffisamment étayant, et qu'il pourra résister à des attaques régulières.

Dans ce contexte, le psychologue a un rôle important, tant pour les jeunes que pour les thérapeutes en charge des rééducations.

C'est pourquoi dès le début du suivi rééducatif, il est très important d'expliquer aux enfants et aux parents les objectifs de ce travail. L'enfant doit s'impliquer activement dans le projet. Quand il grandit, il faut lui donner des clés pour analyser ses difficultés, et des stratégies pour les contourner. Au moment de l'adolescence, on pourra alors s'appuyer sur le travail antérieur pour montrer l'évolution et mettre en avant les bonnes capacités qui ont présidé aux choix thérapeutiques. Il faut parfois que l'équipe accepte que le jeune se confronte à la réalité, fasse une expérience douloureuse, pour mieux rebondir ensuite. Le soutien familial et la confiance que les parents ont dans le projet sont également déterminants.

Dans le cas de Renaud et de Corentin, les choix ont été différents, mais les décisions prises ont permis aux deux jeunes de « faire avec » leur handicap. L'accès aux études supérieures leur a également permis de se rendre compte que beaucoup d'étudiants utilisent l'ordinateur pour la prise de notes en cours et qu'ils passent alors tout à fait inaperçus.

Dans le cadre des « dys- », le projet thérapeutique est construit à partir de la confrontation de bilans qui servent à faire émerger les difficultés de l'enfant, mais surtout ses potentialités (points forts). Ce sont ces potentialités qui

constituent le point d'appui des rééducations et réadaptations mises en place, en tenant compte du contexte. Ces éléments doivent également permettre de définir le pronostic scolaire, en lien avec le projet de la famille. C'est lui qui va déterminer les choix thérapeutiques. Se dessine alors l'architecture du projet. Des propositions vont être faites, qui doivent être explicitées à l'enfant et à sa famille. Il faut alors que « tous » aillent dans le même sens. Ce « tous » recouvre l'enfant, la famille, l'école, les soins.

Le projet ne doit pas être figé. Il doit au contraire être régulièrement réévalué, réajusté en fonction des nouvelles contraintes. En effet, les priorités peuvent changer au regard des objectifs de la scolarité, de l'acceptation de l'enfant ou de la famille, de l'âge (adolescence), etc.

De ce fait, ce ne sont pas ses difficultés qui contraindront son orientation professionnelle, mais bien ses capacités. C'est pourquoi il s'agit toujours de propositions sur-mesure, qui doivent être réalistes et bien pesées.

Maëlle et Joëlle, individualiser les propositions

Deux jeunes filles, Maëlle et Joëlle, jumelles homozygotes de 11 ans, scolarisées en élémentaire (dernier trimestre de CM2), sont notifiées au SESSAD « troubles spécifiques des apprentissages » par la MDPH en raison d'une forte suspicion de dyspraxie visuo-spatiale.

Présentation

La naissance est intervenue après 32 semaines de grossesse. Joëlle pesait 2,5 kg, Maëlle 1,950 kg. Le développement staturo-pondéral s'est avéré normal pour les deux fillettes, la marche et le langage se sont mis en place à l'âge attendu. Elles sont toutes les deux droitières.

Ce sont des difficultés dans les habiletés manuelles qui alertent les enseignants dès le début de la scolarité, en maternelle. Elles se révèlent particulièrement intenses au CP lors des premières tentatives d'écriture manuelle.

En famille, les apprentissages gestuels ont été laborieux, et malgré une nette amélioration, la réalisation des actes de la vie quotidienne reste maladroite. Les activités sportives sont pénibles.

En classe, pour les deux jeunes filles, on met en évidence des difficultés en lecture, en transcription écrite (voir [figures 5.6a.](#) et [5.6b.](#)) et pour toutes les réalisations graphiques.

Joëlle et Maëlle ont bénéficié de bilans et de suivis en orthophonie dont il sera impossible de se procurer les comptes rendus. En raison d'une souffrance scolaire, elles bénéficient d'un soutien psychologique au CMP, très bien investi par les deux adolescentes.

L'entrée en sixième génère une inquiétude familiale manifeste.

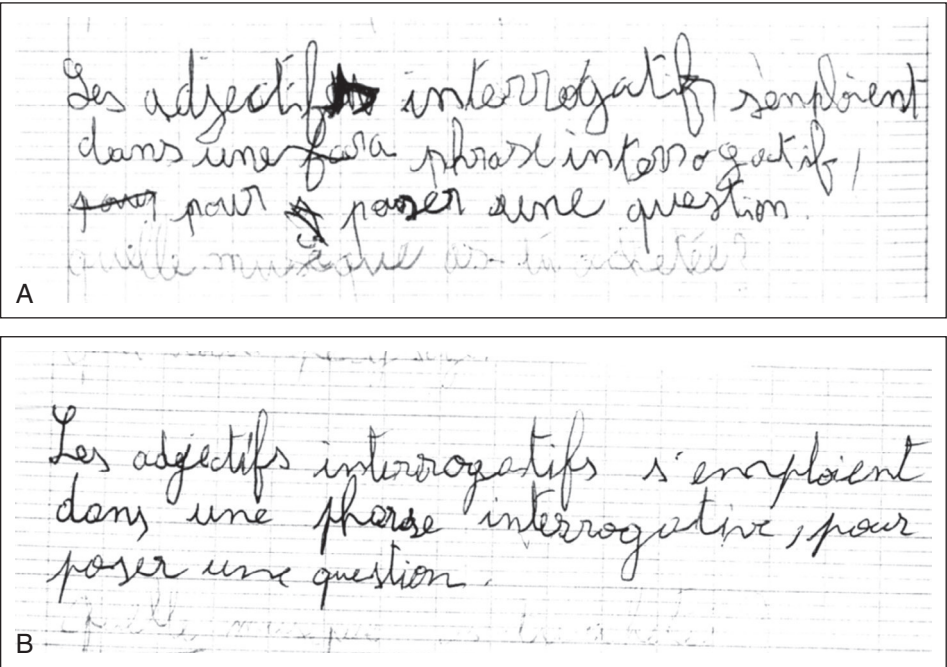


FIGURE 5.6A ET 5.6B L'écriture manuelle en classe de CM2, prise de notes en cours. En haut Maëlle, en bas Joëlle.

Consultation et évaluation

L'évaluation en consultation révèle, pour les deux futures collégiennes :

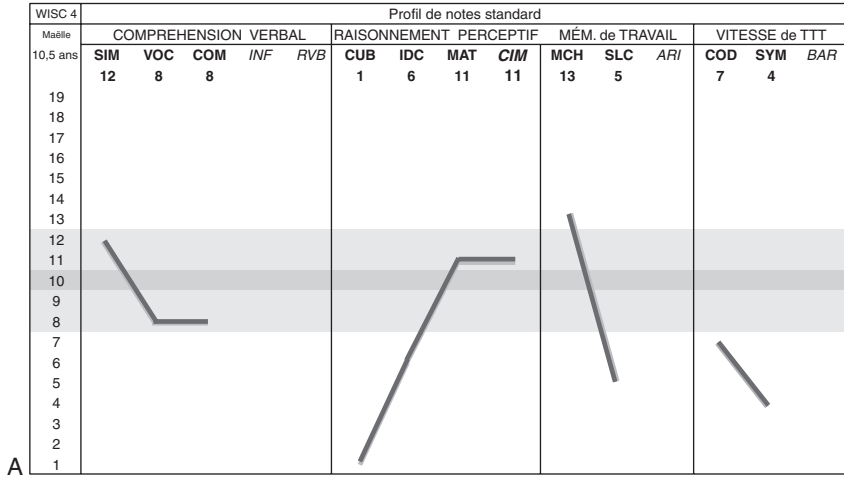
- une symptomatologie typique de *dyspraxie visuo-spatiale*, avec une écriture qui reste, pour l'âge, difficilement lisible, en particulier dans le cahier de textes ;
- l'accès au *langage écrit* est également problématique (voir [tableau 5.1.](#)). Au-delà des habituels sauts de lettres et/ou de mots et/ou de lignes, des erreurs phonologiques sont notées. La compréhension de la lecture est parfois compromise. La lecture par un tiers permet en revanche une compréhension fiable et immédiate.

La dysorthographe est plus importante pour Joëlle.

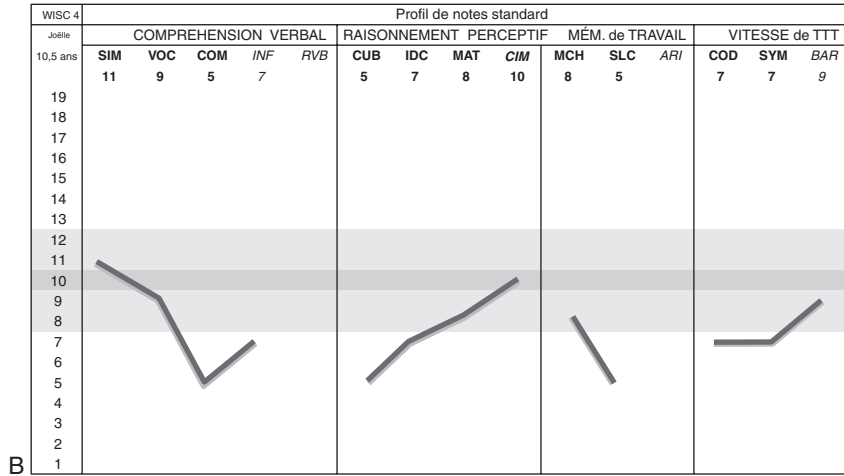
TABEAU 5.1. Le bilan de langage écrit pour les deux enfants (ODEDYS-II*).

ODEDYS-II	Maëlle	Joëlle
Mots réguliers	-1 e.t.	< -2 e.t.
Mots irréguliers	-1 e.t.	-2 e.t.
Non-mots	< -2 e.t.	< -2 e.t.
ELFE* : nombre de mots correctement lus par minute	centile 5 des CE2	centile 20 des CE1

S'il est donc licite d'évoquer une dyspraxie visuo-spatiale, on remarque aussi, chez les deux jeunes filles, des *troubles de l'attention* qualifiés par l'entourage de « *variables dans le temps* ». En consultation, Maëlle, de prime abord timide



Notes standard s'écartant de la moyenne	Au-dessus	Sim. (NS = 12) M.Ch (NS = 13)
	Au-dessous	Cubes (NS = 1) Sym, (NS = 4)
Notes significativement faibles par rapport au niveau de conceptualisation verbal	NS en décalage d'au moins 6 points par rapport à Sim. (NS = 12)	Cubes (NS = 1) SLC (NS = 5) Sym (NS = 4)



Notes standard s'écartant de la moyenne	Au-dessus	Sim (NS = 11) C I (NS = 10)
	Au-dessous	Cubes (NS = 5) Symboles (NS = 4)
Notes significativement faibles par rapport au niveau de conceptualisation verbal	NS en décalage d'au moins 6 points par rapport à Sim (NS = 11)	Cubes (NS = 5) SLC (NS = 5) Comp (NS = 4)

FIGURE 5.7A ET 5.7B Maëlle (en haut), Joëlle (en bas) à 10,5 ans : WISC-IV*.

et réservée, prend rapidement confiance et manifeste alors des signes évocateurs de syndrome dysexécutif : logorrhée, diffluence, agitation, tripotage du matériel, voire une certaine désinhibition.

Bilan psychométrique effectué par le psychologue scolaire : WISC-IV* (voir figures 5.7a. et 5.7b.).

Ces évaluations mettent en évidence une hypothèse forte de dyspraxie visuo-spatiale, dans un contexte de niveau conceptuel verbal préservé.

Au-delà, le profil cognitif de chacune des jumelles révèle des différences : pour Maëlle, niveau conceptuel légèrement supérieur en verbal, dyspraxie visuo-spatiale probablement plus sévère, ainsi qu'une impression qualitative de troubles de l'attention qui sera également relevée par l'ergothérapeute.

Bilans ergothérapeutiques, à 11,3 ans : globalement, les difficultés s'exercent de façon marquée dans les secteurs praxiques et visuo-spatiaux. On trouvera dans le tableau ci-dessous (voir [tableau 5.2.](#)) les principales différences, constatées entre les deux jumelles par l'ergothérapeute.

TABLEAU 5.2. Les bilans ergothérapeutiques.

Maëlle	Joëlle
<ul style="list-style-type: none"> – Gênée dans la gestuelle usuelle dans les activités de la vie quotidienne. – L'écriture est non rentable scolairement avec une crispation sur le crayon, source de douleurs (vitesse en dictée : -2,78 e.t., copie : -3,76 e.t.). La lisibilité est plus altérée que chez sa sœur. Les difficultés en maîtrise du langage écrit semblent moindres, en particulier la dysorthographe. – Les difficultés neurovisuelles, oculomotrices et visuo-spatiales sont plus importantes : perception des obliques, dénombrement... Les allers-retours au modèle sont très laborieux, sources de sauts de lettres, de mots, de lignes... – L'ergothérapeute note des difficultés d'attention avec une distractibilité endogène. 	<ul style="list-style-type: none"> – Les conséquences des difficultés gestuelles sont moins importantes que chez sa sœur dans les activités de la vie quotidienne et concernent surtout le graphisme ainsi que les traitements visuels, surtout visuo-spatiaux. – L'écriture manuelle est non rentable scolairement (vitesse : -3,1 e.t.) et la lisibilité est limite, aggravée par des troubles intrinsèques en langage écrit (dyslexie-dysorthographe). Dictée ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> – En copie, meilleure lisibilité que sa sœur, mais lenteur aggravée (< -4 e.t.). – Une fluctuation de l'attention et une précipitation peuvent interférer dans les performances.

Conclusion des évaluations

Dans un contexte d'intelligence normale, on affirme une dyspraxie visuo-spatiale.

À ce stade de la scolarité, le projet thérapeutique proposé aux deux jumelles et à leur famille vise essentiellement la compensation des troubles. Pour ces deux élèves motivées par les apprentissages, étayées et soutenues en famille et au dehors, c'est la seule alternative adaptée pour permettre la poursuite des apprentissages en dépit des troubles, en particulier le handicap en graphomotricité.

Le trouble dyspraxique et le bien-fondé de la compensation ont été explicités à la famille, aux professeurs, aux pairs et aux intéressées. D'emblée, toutes les deux sont parties prenantes de leur projet. L'entrée au collège est préparée.

Le SESSAD « dys- » ne peut accompagner les deux adolescentes au-delà de deux années. L'ergothérapie est jugée prioritaire. Pour ne pas surcharger leur emploi du temps, en accord avec la famille, on décide d'une fenêtre thérapeutique en orthophonie le temps de notre intervention. On instaure un suivi d'une séance hebdomadaire au collège pendant dix-huit mois. Une intervention de l'éducateur spécialisé du service est organisée au domicile (aide aux devoirs, conseils aux jumelles et à la famille). L'aide psychothérapique au CMP, appréciée par les deux jeunes filles, est maintenue.

Évolution durant ces dix-huit mois

Le début de la prise en charge ergothérapique, au collège, en lien avec les professeurs et l'auxiliaire de vie scolaire (un temps plein pour les deux jeunes filles accueillies dans la même classe), est marqué par la difficulté d'instaurer un cadre qui satisfasse toutes les parties.

Les deux jumelles sont très liées et s'entraident énormément. Des tentatives de « séparation » ont déjà été tentées, vainement, par les adultes. On convient d'une prise en charge en individuel (d'une durée de trente minutes pour chacune), puis d'une mise en commun sur la demi-heure restante. Cette formule fonctionnera.

L'évaluation en situation permet de confirmer, mais aussi d'affiner le tableau clinique qui, en raison de particularités individuelles (*voir* [tableau 5.3.](#)), va infléchir le projet thérapeutique de chacune.

TABLEAU 5.3. Points communs et particularités propres à chacune.

Points communs	
<ul style="list-style-type: none"> – Potentiel intellectuel verbal dans la norme. – Excellent investissement scolaire, envie de réussir. – Bon niveau en langage oral. – Mémoire à long terme efficiente en utilisant le canal auditivo-verbal. – Dyspraxie visuo-spatiale avec d'importants problèmes d'organisation. – Dyslexie-dysorthographe. – Intéressées et participatives lors des séances de rééducation. 	
Maëlle	Joëlle
<ul style="list-style-type: none"> – La dyspraxie gestuelle est plus gênante dans les activités de la vie quotidienne, en réalisation de l'écriture manuelle. – Faiblesse de la mémoire de travail qui s'intègre dans des troubles plus globaux de l'attention et des fonctions exécutives avec une faiblesse de la boucle phonologique qui rend compte de subtiles différences en langage écrit (<i>voir</i> compte rendu orthophonique). 	<ul style="list-style-type: none"> – Le niveau verbal est un peu plus faible, ce dont elle a parfaitement conscience : lors de l'épreuve Vocabulaire, elle dira à la psychologue : « Oh, ça, demande-le à Maëlle ! » – Elle est moins gênée sur le plan gestuel, par exemple dans l'utilisation des outils scolaires. – La dysorthographe est effectivement beaucoup plus pénalisante.

Le projet axé sur le contournement de l'écriture manuelle et l'aide à l'organisation avec la présence indispensable de l'auxiliaire de vie scolaire est un succès.

L'outil informatique est bien investi, mais pour Joëlle, l'intensité de la dysorthographe conduit à proposer une dictée vocale à l'ordinateur. Après un an d'entraînement, elle maîtrise parfaitement ce procédé et réalise par ce biais tous ses devoirs de composition écrite au domicile. Maëlle utilise l'outil informatique par l'intermédiaire de la frappe au clavier qu'elle maîtrise elle aussi dans le même temps.

Évaluation en fin de prise en charge par le SESSAD « dys- »

Lorsque la prise en charge par le SESSAD prend fin, un relais en orthophonie est mis en place en libéral. On statue sur la continuité indispensable du projet de contournement de l'écrit.

La dyspraxie visuo-spatiale est avérée, mais on convient avec la famille de la nécessité de faire un nouveau point : on souhaite investiguer les troubles de l'attention-fonctions exécutives ainsi que le langage écrit avant la reprise des séances d'orthophonie.

Un bilan neuropsychologique est effectué dans le service à l'âge 12,11 ans.

- Une WISC-IV* est réalisée pour chacune par la neuropsychologue du service (voir [figures 5.8a.](#) et [5.8b.](#)).

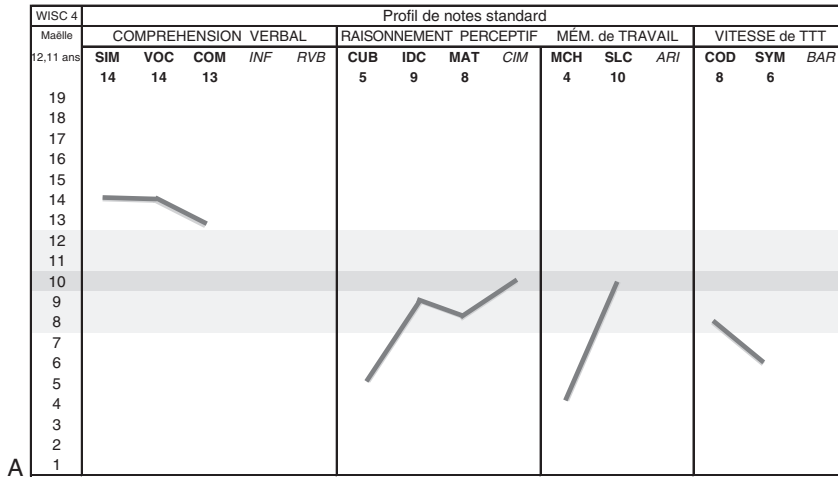
Les résultats du test apportent peu d'éléments nouveaux, confirmant les différences constatées, comme le meilleur niveau de conceptualisation sur matériel verbal pour Maëlle (Similitudes : NS = 14, *versus* 12 à 10,5 ans).

L'attention sélective est mobilisable chez les deux jumelles. Pour Maëlle, les difficultés sont notables en attention divisée, surtout en modalité verbale (attention partagée : épreuve Écouter deux choses à la fois, pourcentages cumulés = 2). Les difficultés attentionnelles et des fonctions exécutives alléguées par tous les adultes sont clairement mises en évidence par la batterie d'évaluations spécifique.

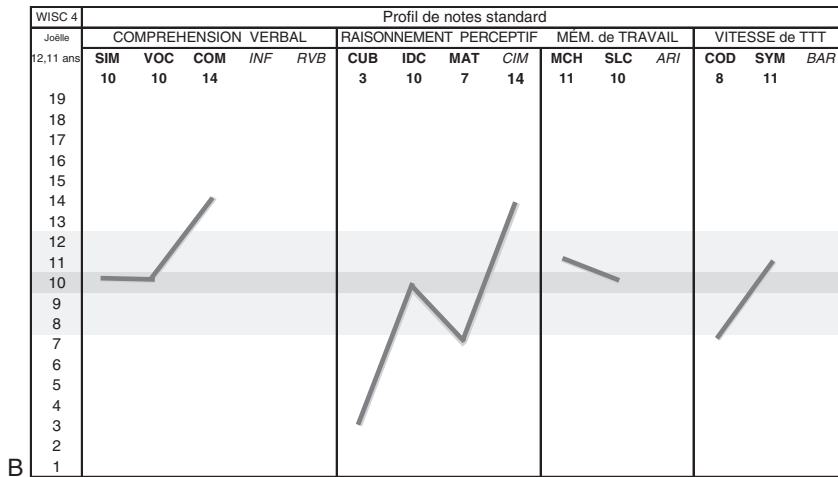
Orthophonie (bilan effectué en libéral à 13 ans) : le relais est donc pris en fin de prise en charge par une orthophoniste libérale qui accepte d'aider les deux sœurs et d'être garante de la pérennité de leurs projets auprès du collège.

Remarque

Quand les premières évaluations amènent des conclusions en rapport avec la clinique, il n'est pas utile de refaire à intervalle régulier des investigations avec des échelles composites de débrouillage comme les échelles de Wechsler. Ceci nous est cependant régulièrement demandé (en particulier par les MDPH). Compléter les investigations par d'autres tests, dans d'autres domaines, pour affiner la compréhension du profil cognitif est beaucoup plus judicieux et permet d'infléchir utilement la prise en charge.



Notes standard s'écartant de la moyenne	Au-dessus	Sim. (NS = 14) Voc. (NS = 14) Comp. (NS = 13)
	Au-dessous	Cubes (NS = 5) M. Ch. (NS = 4)
Notes significativement basses par rapport au niveau de conceptualisation verbal	NS en décalage ≥ 6 points par rapport à Sim. (NS = 14)	Cubes (NS = 5) Mat. (NS = 8) Code (NS = 8) Sym. (NS = 6)



Notes standard s'écartant de la moyenne	Au-dessus	Comp. (NS = 14) CI (NS = 14)
	Au-dessous	Cubes (NS = 3)
Notes significativement basses par rapport au niveau de conceptualisat verbal	NS en décalage ≥ 6 points par rapport à Sim. (NS = 10)	Cubes (NS = 3)

FIGURE 5.8A ET 5.8B Maëlle (en haut), Joëlle (en bas), 12,11 ans : WISC-IV*.

- Une évaluation de l'attention et des fonctions exécutives est réalisée (TEA-Ch*, voir [tableau 5.4.](#)).

TABLEAU 5.4. TEA-Ch*.

Domaines	Épreuves	Maëlle Résultats en pourcentages cumulés	Joëlle Résultats en pourcentages cumulés
Attention sélective	– Recherche dans le ciel – Carte géographique	– 63 (T = 75, A = 60) – 83	– 63 (T = 95, A = 90) – 96
Attention divisée	– Faire deux choses à la fois – Écouter deux choses à la fois	– 25 – 2	– 55 – 72
Contrôle attentionnel	Les petits hommes verts	15 (T = 5)	62 (T = 25)
Inhibition	Marche arrête	24	100
Flexibilité	Mondes contraires	Endroit = 20; envers = 10	Endroit = 85; envers = 35
Attention soutenue	– Coups de fusil – Transmission de codes	– 48 – Non proposé	– 48 – 26

T = temps, A = note d'attention.

L'évaluation est conduite pour chacune avec l'épreuve informatisée EXALANG 11-15*, complétée par quelques épreuves de l'ODEDYS* et du L2MA-2*. Toutes les deux présentent de grandes difficultés en langage écrit aux épreuves proposées, mais de façon différenciée (voir [tableau 5.5.](#)).

La faiblesse de la boucle phonologique est prégnante pour Maëlle, en lien avec la faiblesse de la mémoire de travail auditivo-verbale (voir [tableau 5.6.](#)).

TABLEAU 5.5. Évaluation du langage écrit.

	Maëlle	Joëlle
Morphologie flexionnelle	+1,5 e.t.	–2,1 e.t.
Dictée		
– phonologie	–4,4 e.t.	Non cotable
– lexique	–4,4 e.t.	–4,4 e.t.
– grammaire	–1 e.t.	–2,8 e.t.

TABLEAU 5.6. Évaluation de la mémoire de travail.

	Maëlle	Joëlle
Empan auditif endroit	(5 éléments) Moyenne élèves de cinquième	(6 éléments) +0,2 e.t.
Mémoire chiffre envers	(4 éléments) –0,3 e.t.	(4 éléments) –0,3 e.t.
Boucle phonologique	–4,2 e.t.	+0,8 e.t.

Conclusion

Chez ces deux jeunes filles dyspraxiques, le niveau verbal préservé permet une compensation efficace de leurs difficultés. Le niveau d'efficacité supérieur de Maëlle lui permet de compenser plus efficacement un déficit en mémoire de travail, des fonctions exécutives et d'attention (pourtant prégnant dans les activités de la vie quotidienne et dans la scolarité).

L'évaluation confirme un niveau de dysorthographe plus sévère chez Joëlle et conforte l'équipe (et l'orthophoniste) dans le choix de la dictée vocale à l'ordinateur comme moyen de contournement en transcription écrite.

Les deux jeunes filles bénéficient de l'aide indispensable de l'auxiliaire de vie scolaire concernant l'organisation en général. L'auxiliaire de vie scolaire est investi dans le contournement de l'écrit et la préparation des supports de cours. Optimiser les documents consiste à en améliorer la présentation pour favoriser le maintien de l'attention et en faciliter la lecture. Il s'agit d'aider le repérage visuel ainsi que le suivi des lignes et de limiter les risques de distraction.

Pour Maëlle, l'aide de l'auxiliaire de vie scolaire est également requise pour limiter les conséquences des troubles spécifiques de l'attention et des fonctions exécutives. Pour la recentrer sur la tâche en cours, il a été convenu d'un signe discret. L'AVS doit séquencer les tâches et aussi les consignes orales quand elles sont trop longues. Son intervention est indispensable pour compenser les problèmes d'organisation, en termes de planification globale et de rangement de son matériel. Une certaine agitation motrice est canalisée par un poste de travail adapté avec un repose-pied qui l'aide à garder la position assise.

Pour Joëlle, les troubles de l'attention notés par tous au début de sa prise en charge ont quasiment disparu. Joëlle ne supportait pas de devoir écrire, elle était jusqu'en CM2 en grande souffrance, probablement induite par l'ignorance ou l'incompréhension des difficultés cognitives à l'origine des troubles spécifiques des apprentissages. Une fois cette connaissance partagée et un moyen de contournement fiable mis en place, Joëlle, rassérénée, a pris confiance en elle. Les difficultés attentionnelles se sont amendées, permettant d'avancer l'hypothèse de troubles secondaires liés à sa dyspraxie.

Leur motivation scolaire, leur entraide mutuelle et les outils de facilitation mis en place permettent la poursuite d'une bonne scolarité actuelle, mais au prix de très gros efforts. Les aides préconisées sont effectivement mises en place au collège. Les deux jeunes filles sont en réussite scolaire, mais elles passent beaucoup de temps à leurs devoirs.

Dès la Toussaint, en classe de cinquième, elles sont épuisées. Il faut alléger l'emploi du temps. La personnalisation se poursuit...

Clovis, différencier diagnostic et orientation

Clovis est examiné en consultation hospitalière à l'âge de 6,9 ans, sur les conseils de la psychologue scolaire et de la psychomotricienne du CMPP. Il est accompagné par sa maman. La famille s'inquiète des difficultés scolaires plurielles et

intenses alors que le petit garçon est scolarisé en grande section de maternelle avec un auxiliaire de vie à temps partiel.

Dernier d'une fratrie de trois, il est né très prématurément à 27 semaines, avec un poids de naissance de 900 g, dans le cadre d'une grossesse gémellaire avec décès du deuxième jumeau. Des problèmes médicaux importants avec hospitalisation prolongée ont marqué sa première année de vie. Il présente une paralysie cérébrale d'intensité modérée qui intéresse les quatre membres. La marche a été acquise à 18 mois, elle est actuellement aisée et endurante. L'apparition du langage a été retardée.

Bilans antérieurs

• *Un bilan psychométrique* a été réalisé à l'âge de 6,6 ans. La WPPSI-III* (voir [figure 5.9.](#)) et certains subtests de la WPPSI-R sont proposés à Clovis par la psychologue scolaire. Les résultats en note d'indices sont les suivants : QIV = 80/93, QIP = 89/104, vitesse de traitement = 61/77. Il n'existe pas de dissociation significative.

Cependant les fonctions praxiques constructives à composante visuo-spatiale sont faibles, ce qui est confirmé par les résultats aux épreuves retenues dans la WPPSI-R : figures géométriques, NS = 1 ; labyrinthes, NS = 1 ; damier des animaux, NS = 1 ; arithmétique, NS = 5.

Conclusions de la psychologue : « L'examen élimine une déficience intellectuelle. L'évaluation situe les capacités conceptuelles verbales dans la partie inférieure de la norme pour un enfant de son âge. En performance, les capacités conceptuelles sont préservées (matrices et identification de concepts, indices de

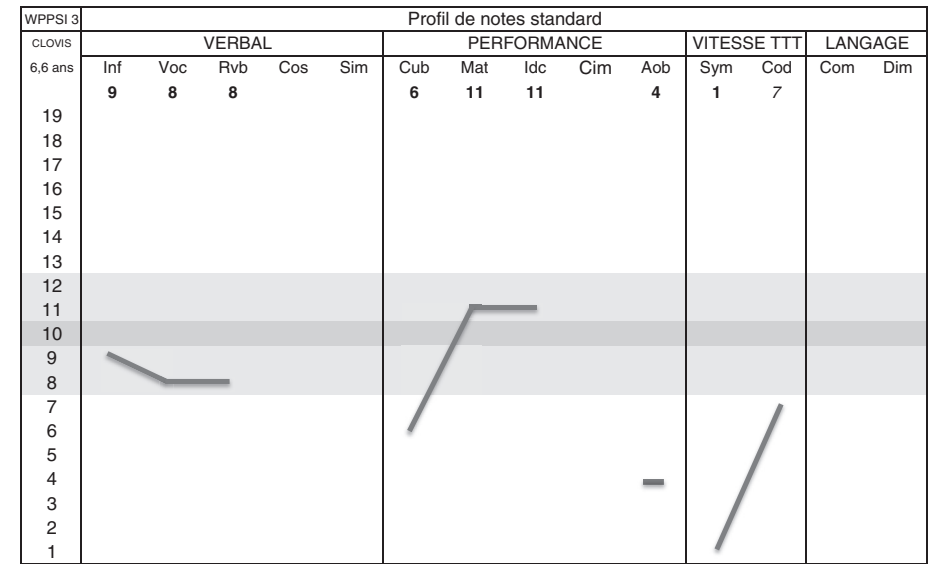


FIGURE 5.9 Clovis, 6,8 ans : WPPSI-III*.

facteur g, NS = 11). On met en évidence un déficit des fonctions exécutives et des fonctions praxiques et spatiales.»

- *Bilan orthophonique* (à l'âge de 6,8 ans) : « Clovis, en rapport avec l'infirmité motrice cérébrale, présente des difficultés persistantes de réalisation de la parole avec hypotonie, manque de souffle, troubles articulatoires altérant la compréhension du discours, surtout en fin de phrase. En langage oral, on note une bonne compréhension verbale, un léger retard pour l'âge en expression, homogène dans les différentes composantes, qui perdure mais ne s'aggrave pas ».

- *Bilan orthoptique* (à l'âge de 6,8 ans) : « La dynamique oculaire est inexistante, la fixation est de courte durée et n'excède pas 4" (norme > à 10"), la poursuite et l'organisation des saccades sont impossibles. Les difficultés de coordination visuo-motrice sont majeures. »

Consultation à l'âge de 6,8 ans

L'examen de Clovis, droitier, montre des anomalies neuromotrices des membres supérieurs entraînant des troubles de la motricité fine, un léger tremblement et une petite dystonie. Ces anomalies, à elles seules, ne peuvent cependant expliquer la maladresse gestuelle considérable de Clovis rapportée en détail dans les activités de la vie quotidienne par la maman. Lors de la consultation, la lenteur et les difficultés d'organisation gestuelle de Clovis sont prégnantes. Il empile des cubes, construit un petit pont avec trois cubes, mais il est totalement désorganisé et ne peut réaliser une pyramide de base 3 avec modèle. A contrario, sans modèle, de mémoire, il réussira sans difficulté majeure.

Clovis peut satisfaire à des épreuves graphiques. Lors du tracé, on constate les difficultés purement motrices (voir figures 5.10a., 5.10b., 5.11a. et 5.11b.).

Dans les tracés avec composante visuo-spatiale, Clovis est en difficulté importante (voir figure 5.12.).

La copie de plusieurs mots en majuscules d'imprimerie (voir figures 5.13a. et 5.13b.) montre la difficulté motrice, mais également l'instabilité des productions (quatre graphies différentes pour le E), un mauvais séquençage des mots, l'impossibilité de s'organiser lorsqu'il arrive au bord droit de la feuille. Les problèmes moteurs, praxiques et neurovisuels sont intriqués. Deux mois plus tard, lorsque l'on représente la même épreuve, la séquence de programmation motrice des deux S successifs est pathologique dans la conception même du tracé des S : le deuxième S est « en miroir ».

Clovis dénombre correctement des collections de points, mais avec une grande lenteur et une extrême concentration, ce qui l'épuise. La maman signale que le résultat du dénombrement est habituellement aléatoire : à l'examen, l'instabilité oculaire et les difficultés oculomotrices sont massives.

De façon générale, tout au long de l'examen, pendant les épreuves où lorsqu'on s'entretient avec sa maman, on constate un défaut de concentration et d'attention ainsi qu'une distractibilité prégnante.

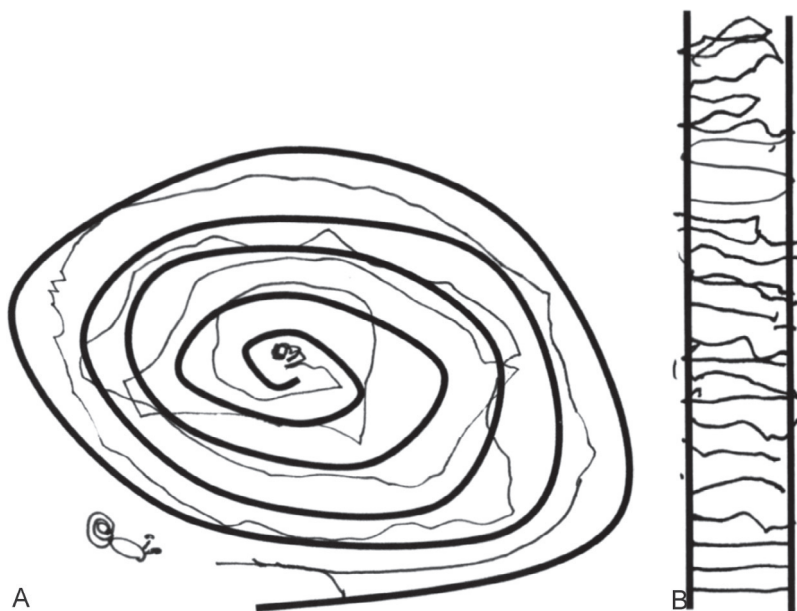


FIGURE 5.10A ET 5.10B Clovis 6,8 ans : épreuves graphiques.
Impact de la paralysie cérébrale : instabilité du trait, difficulté de contrôle et imprécision motrice.

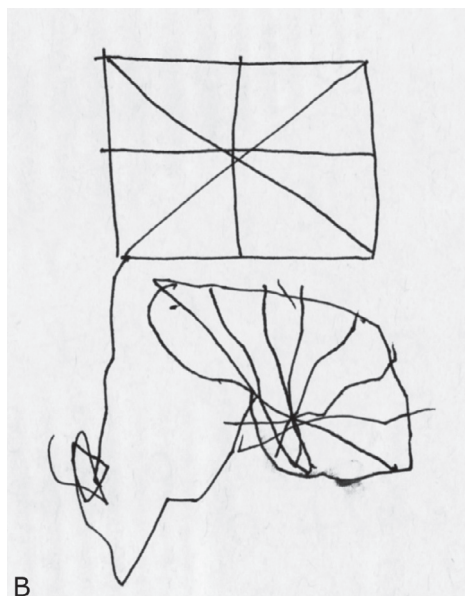
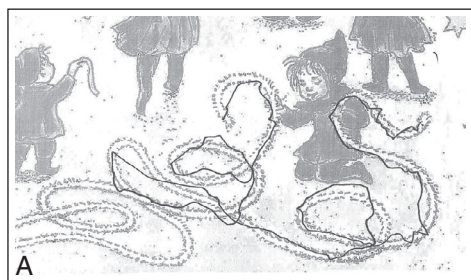


FIGURE 5.11A ET 5.11B Clovis 6,8 ans : épreuves graphiques.
À gauche, suivi d'un chemin entremêlé : se perd à l'intersection (à gauche de l'image); à droite, copie du drapeau anglais : grande difficulté quand interviennent les obliques.

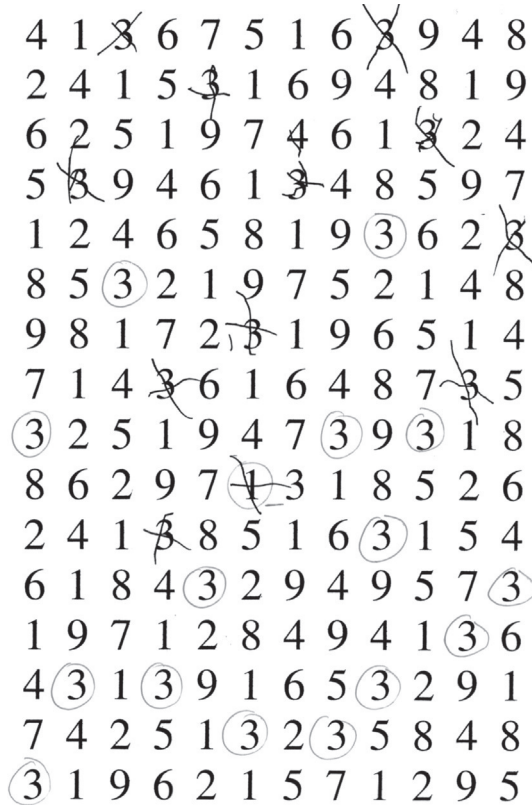


FIGURE 5.12 Tests d'attention visuelle sélective (BREV*, Barrage des 3).
Ce test de barrage est réalisé très lentement avec beaucoup d'effort d'attention de concentration. On note une stratégie de recherche aléatoire dans la feuille, de très nombreux oublis (entourés) et une fausse-alarme (un 1 barré, mais contigu d'un 3 : problème d'attention, d'organisation de la saccade?).

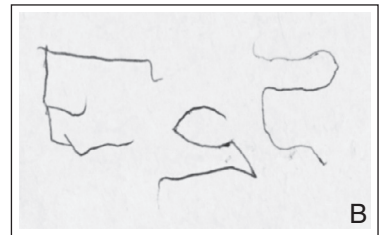
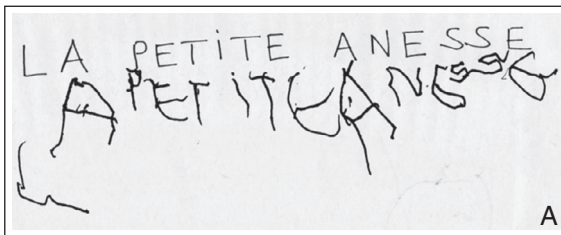


FIGURE 5.13A ET 5.13B Clovis, 6, 8 mois : copie de majuscules.
À droite, même épreuve, deux mois et demi plus tard (détail).

Conclusion

À l'issue de cette unique consultation, on peut émettre l'hypothèse de troubles cognitifs venant compliquer le tableau de paralysie cérébrale. Ces troubles, à eux seuls, peuvent rendre compte des difficultés scolaires. Outre le petit retard de langage, on évoque une comorbidité de troubles cognitifs spécifiques : dyspraxie visuo-spatiale, trouble attentionnel et dysexécutif.

Dans ce contexte, on anticipe l'avenir à la fois en termes d'évaluation cognitive (à poursuivre, nécessité d'évaluer la mémoire de travail) et de difficultés possibles en classe (entrée dans la lecture ?).

Évolution

On aura régulièrement des nouvelles de Clovis. Cet enfant intelligent et motivé, qui possède une bonne culture générale, est en échec scolaire global.

Sa maman, enseignante, écrit : « Clovis est en CE2. Il est habité par une grande colère qui l'empêche d'être disponible et motivé. Nous pensons qu'elle est due au fait qu'il prend conscience de ses difficultés à l'école et des écarts qui se creusent avec les autres enfants. Il s'interroge sur son avenir, sur le collège, le lycée, le permis de conduire, etc. Il demande à faire une pause dans les prises en charge au CMPP et va à l'école à reculons. Il semble s'isoler à la récréation avec un ou deux enfants, comme lui en difficulté. Il est bien entré dans la lecture, mais n'est pas encore autonome en raison des confusions qu'il fait sur les syllabes ou les lettres. Heureusement, il aime les livres et l'histoire. La dysorthographe est majeure et il peut difficilement convertir un mot entendu en écrit sans oublier des syllabes, des sons non repérés, etc. En calcul, il ne maîtrise toujours pas la totalité de la comptine (les "irréguliers" de 11 à 16, puis de 60 à 90), mais a compris les additions et les soustractions, même avec retenues. Il raisonne correctement sur les problèmes, mais il faut l'aider à compter. Les tables d'addition ne sont pas connues, alors on utilise la calculette. Il parle beaucoup mieux, mais cela reste à travailler car il n'est pas toujours bien intelligible. Tout le monde est d'accord pour penser que, malgré tous ces progrès, ce sera difficile l'an prochain à l'école en raison de l'accélération du CM1 et de ses difficultés d'attention, concentration, mémoire. »

Un nouveau bilan psychométrique (voir [figure 5.14.](#)) sera réalisé et nous sera transmis.

L'absence « apparente » de dissociation entre l'indice de compréhension verbal (homogène) et l'indice de raisonnement perceptif est strictement lié à sa grande hétérogénéité. Quel sens donner à cette note moyennée (très proche de l'ICV 82 vs 79, non significative) avec cubes : NS = 3, et identification de concepts : NS = 14 ? Il convient de comparer le subtest de facteur g explorant les capacités praxiques constructives (cubes) aux autres subtests de facteur g. En revanche, les indices de mémoire de travail et de vitesse de traitement, homogènes, peuvent être comparés soit à l'indice de compréhension verbale (homogène lui aussi), soit aux notes de facteur g qui ne mettent pas en jeu la composante praxique. IMT et IVT sont significativement en décalage.



FIGURE 5.14 Clovis, 9,10 ans : WISC-IV*.

Cette passation confirme l'éventail de difficultés de Clovis. Les troubles sont précisés. Les domaines praxique et visuo-spatial restent déficitaires (cubes : NS = 3), mais la nouvelle évaluation montre effectivement de très faibles capacités en *mémoire de travail* (mémoire des chiffres : NS = 4, séquence lettres-chiffres : NS = 1). L'indice de vitesse de traitement très faible (code : NS = 1, symboles : NS = 1) témoigne à la fois des troubles moteurs et praxiques, oculo-moteurs, et de la grande lenteur.

Toutefois, Clovis obtient de nouveau une note élevée au subtest identification de concepts (NS = 14). La présence du support visuel sollicite peu la mémoire et canalise son attention. Cette note constitue le meilleur reflet des capacités conceptuelles de Clovis, notées depuis toujours par les parents et les intervenants.

Cet enfant ne présente donc pas de déficience intellectuelle, hypothèse explicative toujours sous-jacente pour ses enseignants en raison de l'échec scolaire. *Cependant*, de fait, l'accumulation des troubles rend *la scolarité très difficile d'accès*. Au fil du temps, le défaut d'attention et la distractibilité, notés depuis toujours par tous les adultes et dans toutes les situations, s'accroissent en classe.

Clovis intègre finalement une CLIS 4 à 10 ans et demi, accompagné par une enseignante spécialisée et un auxiliaire de vie scolaire « collectif », attentifs et dévoués, ayant une grande expérience des enfants présentant une paralysie cérébrale. Malgré une scolarisation dans ces bonnes conditions, soutenu et étayé, bénéficiant d'aides et de contournements adaptés, il ne peut accéder aux exigences de disponibilité réclamées par les apprentissages fondamentaux, ses troubles attentionnels restant trop prégnants.

Le neuropédiatre propose alors *un essai de méthylphénidate* qui améliore nettement l'attention de Clovis. Sous traitement, il peut lire et écrire des mots

plurisyllabiques, ce qui était inenvisageable auparavant. Avec le traitement psychostimulant, l'orthophoniste relève une amélioration des scores en attention auditive à l'ANITEST* (comparaison entre une première évaluation, sans traitement, à l'âge de 10,7 ans, et une deuxième évaluation, sous traitement, à l'âge de 11 ans) : « Attention auditive focalisée avec distracteurs sonores » passe de < à -2 e.t. à la norme, « Attention auditive alternée » passe du centile 0 au centile 90.

La situation clinique de Clovis illustre la question de la déficience intellectuelle et de son évaluation, en situation d'association de divers dys-. Comment, face à un échec global et intense, ne pas évoquer la déficience ?

La réussite de Clovis au subtest identification de concepts de la WISC-IV*, qui s'affirme au fil du temps (NS = 11 puis 14), autorise à *écarter la déficience intellectuelle*. Cependant, l'association de troubles cognitifs est délétère et interroge la question de l'orientation. La situation de handicap scolaire est d'origine plurielle et rend compte de difficultés scolaires massives, incompatibles avec le rythme et les conditions d'accueil en classe ordinaire, même avec l'aide d'un auxiliaire de vie.

Ces enfants qui n'apprennent pas suffisamment se sentent incompris, voire harcelés en classe. L'inclusion scolaire, qui constitue un objectif louable en soi, n'est pas réaliste pour ces enfants qui requièrent un enseignement hautement spécialisé. Rester à l'école ordinaire, dans des conditions d'apprentissage ordinaires, peut alors constituer une subtile – et souvent inconsciente – négation du handicap.

Le handicap neuromoteur de cet enfant, modéré, n'a pas motivé la proposition d'orientation : ce sont les troubles cognitifs multiples qui en sont directement à l'origine.

Quatre ans se sont écoulés entre le conseil de recourir au dispositif CLIS lors de la première consultation et l'admission effective de Clovis. Durant ce temps, sa famille a milité activement et attendu la création d'une CLIS 4 qui manquait dans le département. Structure dynamique au sein d'une école, elle offre à Clovis un projet qui tient compte de toutes les composantes de son handicap. Elle propose des réponses adaptées à la situation de comorbidité de dys-.

Arthur, associer rééducation et psychothérapie

Considérations préalables sur la conduite d'une psychothérapie au sein d'un SESSAD

Les suivis psychologiques ou les psychothérapies se justifient par la souffrance psychologique qu'expriment les enfants et non en raison de leur handicap moteur ou cognitif. Cette demande passe souvent par une inquiétude exprimée par un adulte (parent ou professionnel), mais parfois directement par l'enfant. Notre objectif est d'aider ce dernier à modifier ses représentations internes et ses mécanismes de défense qui entravent son épanouissement affectif, relationnel et intellectuel.

Pour autant, l'exercice de la psychothérapie dans un SESSAD pour enfants handicapés moteurs et/ou troubles des apprentissages doit tenir compte de la spécificité de ce service et de la population accueillie. De ce fait, conduire des

psychothérapies dans ce type de service est bien plus compliqué que de le faire dans un CMPP ou dans un CMP par exemple, car nous sommes informés – sinon envahis – par des éléments de la réalité sociale (concrète) de l'enfant qui interfèrent dans le cadre thérapeutique. Cependant, afin d'en limiter les effets, nous demandons à nos collègues de ne pas nous tenir informés de tout ce qui se passe pour l'enfant, sauf pour des événements importants pour lui ou sa famille.

Il est vrai que nous sommes régulièrement dans une position inconfortable qui doit allier la fonction de psychologue institutionnel et l'exercice de psychothérapeute. Les éléments de la réalité scolaire dont nous sommes informés lors des synthèses ou d'entretiens familiaux sont souvent amenés par le psychothérapeute dans le cadre de la cure et pensés sur le plan des représentations internes (« Qu'est-ce que tu en penses ? », « Qu'est-ce que cela te fait de savoir ça ? »), c'est-à-dire de ce que fait l'enfant de ces informations sur le plan affectif, psychique.

Au cours de cette présentation, nous allons tenter de montrer à la fois comment, dans le travail relativement classique de psychothérapies d'enfants, nous intégrons les mécanismes de défense des enfants dyspraxiques, et le travail de coordination et d'échanges entre neuropsychologie et psychologie clinique.

Concernant le diagnostic de dyspraxie, tous les auteurs ne sont pas d'accord sur l'étiologie ou les causes de ce trouble :

- les médecins de rééducation et les neuropsychologues le définissent comme une pathologie d'origine neurologique ;
- d'autres auteurs d'obédience psychanalytique définissent la dyspraxie comme un symptôme lié à des perturbations du développement psychologique : « [...] ils [les troubles] seraient en rapport avec les aléas de l'évolution libidinale et s'inscrivent dans l'économie psychique du sujet³⁹. » Ces observations sont faites chez les enfants prépsychotiques et psychotiques ;
- en revanche, J. de Ajuriaguerra⁴⁰ nous invite à la prudence, les causes de dyspraxie pouvant être plurifactorielles. Il retient « trois grands facteurs : un retard de développement moteur entraînant des troubles de l'organisation praxique, un retard de l'évolution des fonctions cognitives amenant à une déficience de l'organisation gestuelle, et une désorganisation des premières relations des enfants avec l'environnement familial entraînant des troubles cognitifs et praxiques, avec une perturbation du schéma corporel ».

Nous posons l'hypothèse, au moins dans le cas d'Arthur, que la perturbation du schéma corporel a un lien avec les difficultés dans l'appropriation des perceptions sensorimotrices, proprioceptives et extéroceptives, dans les apprentissages et le développement psychoaffectif de l'enfant. Ici, le corps vient comme interface et comme contenant des représentations des expériences sensorielles et physiques vécues.

³⁹ J. Bergès, « Les troubles psychomoteurs de l'enfant », in S. Lebovici, R. Diatkine, M. Soulé (dir.), *Nouveau Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, vol. 1, Paris, Puf, 3^e éd., 1997.

⁴⁰ J. de Ajuriaguerra, *Manuel de psychiatrie de l'enfant*, Paris, Masson, 1970.

Ces perturbations, qu'elles soient d'origine neurologique ou psychologique, entraînent des défaillances dans la construction de représentations internes de type cognitif et psychoaffectif à différents niveaux, notamment dans :

- l'appropriation des prérequis temporo-spatiaux ;
- la perception des différentes parties de son corps ;
- les limites de son enveloppe corporelle différenciant un dedans/dehors ;
- l'autonomie dans sa vie quotidienne comme l'habillage, les repas, la toilette, etc.
- la maîtrise de l'espace de ses lieux de vie ;
- la distorsion de perception et d'accordage affectif dans les relations parents/enfants et avec les personnes de son environnement proche ou éloigné.

C'est dire que l'ensemble des expériences motrices et relationnelles défaillantes ne va pas permettre à l'enfant de se construire une représentation de son enveloppe corporelle avec une limite dedans/dehors suffisamment sécurisée. Cette fragilité interne fait que l'enfant met en place des mécanismes de défense pour maîtriser au mieux ses angoisses.

Ces défenses peuvent gêner le développement de représentations symboliques qui établissent un pont entre ces deux espaces et donc une internalisation des expériences vécues sur lesquelles l'enfant va s'appuyer pour élaborer et construire sa pensée.

La plainte

Arthur est un enfant âgé de 8 ans au début de sa psychothérapie, engagée pour des difficultés relationnelles avec ses pairs, ce dont il se plaint beaucoup. La psychothérapie va durer quatre ans, à raison d'une séance hebdomadaire.

La demande a transité par les enseignants et les différents thérapeutes de l'enfant, inquiets de la « relation sadomasochiste » qu'il avait établie avec un enfant prépsychotique de sa classe. Arthur acceptait dans cette relation de répondre aux sollicitations de cet enfant et d'être rejeté verbalement et parfois physiquement, sans grande contestation de sa part.

Arthur est très à l'aise dans la relation à l'adulte et prend plaisir à discuter. Il se montre séducteur, très policé dans les échanges et curieux de l'autre dans un discours parfois précieux. Il lui arrive d'avoir besoin de se coller à son interlocuteur tout en discutant.

Quand je l'interroge sur ses difficultés, Arthur se plaint de ne pas avoir de copains et d'être rejeté. Il peut dire qu'il est maltraité par l'enfant prépsychotique, mais qu'il est quand même en admiration devant lui, parce qu'il arrive à avoir plein de copains.

Quand je rencontre la mère, elle est déjà informée des difficultés de son fils et de l'inquiétude des différents professionnels. Elle va se montrer assez défensive et mettre à distance ses affects douloureux en rationalisant les problèmes et en étant dans le concret. En effet, après que je lui ai expliqué la situation, elle me répond que « puisque c'est si difficile pour tout le monde, eh bien, elle va changer Arthur d'école afin de résoudre ce problème ». Je reprends avec elle la situation et lui explique qu'Arthur reproduirait très certainement

ailleurs ce type de comportement avec un autre enfant car cela est dû à ses difficultés psychologiques ; il est important de l'aider à comprendre pourquoi il se positionne en victime ou bouc émissaire. La mère accepte sans grande conviction que je prenne son fils en psychothérapie, « si vous pensez que cela peut l'aider ».

Le père est un homme affable, à l'écoute, mais que nous verrons peu et qui laisse sa femme mener le débat et prendre les décisions. Madame est cadre supérieure dans une grosse société internationale et voyage beaucoup à l'étranger tout en dirigeant de manière ferme la vie familiale, même à distance.

Au cours des quelques entretiens que j'aurai avec elle pendant les quatre années de psychothérapie de son fils, elle ne s'autorisera que très rarement à exprimer ses sentiments et ses affects afin de contenir sa souffrance et ses mouvements dépressifs. Cependant, elle maintient un contact en continu avec notre service en établissant un lien très fort avec le médecin de rééducation faisant office de neuropsychologue. En effet, cette mère exprime de manière claire et sans trop d'ambages les inquiétudes scolaires et d'avenir qu'elle a pour son fils. Elle a besoin qu'on lui parle franchement des problèmes car il faut qu'elle puisse s'appuyer sur des réalités objectivables pour elle. L'autre personne avec qui elle maintient un lien fort est la coordinatrice du service. Là, madame exprime plus facilement ses sentiments de mère vis-à-vis de son fils. C'est dans ce cadre relationnel qu'elle accepte d'être soutenue en ayant des explications concrètes à ses questions.

Anamnèse, éléments médicaux

Arthur est le premier enfant du couple. Son problème néonatal n'est pas tant la prématurité (naissance à 31 SA) que le retard de croissance intra-utérin (d'étiologie indéterminée). L'enfant reste environ un mois en unité de soins intensifs, puis regagne son domicile « en bonne santé ». Pourtant, précocement (dès 5-6 mois), les parents s'inquiètent d'une importante hypertonie des deux membres inférieurs. L'IRM alors pratiquée montre des leucomalacies périventriculaires qui confirment le diagnostic d'IMC à type de diplégie spastique ; l'atteinte motrice touche essentiellement les deux membres inférieurs et le tronc, respectant les membres supérieurs.

Outre le handicap moteur, nous notons, lors de cette première consultation, vers 2 ans et demi :

- un trouble de l'oculomotricité, avec un important strabisme alternant ;
- l'incapacité, en graphisme, à reproduire un rond.

Vers 5 ans, en GSM, le bilan cognitif montre qu'il possède bien les capacités langagières et intellectuelles qui lui permettront la scolarité. La partie verbale de la WPPSI montre d'excellentes capacités raisonnementales (similitudes = 15), langagières (vocabulaire = 17) et mnésiques (empan de chiffres = 4 items à l'endroit). Les épreuves non verbales sont toutes incoatables, corroborant l'hypothèse d'une dyspraxie sévère (qui se confirmera par la suite) associée à des gros troubles neurovisuels. Ces derniers compromettent l'accès à la lecture.

Au cours de la scolarité élémentaire, nous mettons progressivement en place des palliatifs informatisés et, avec l'aide de l'enseignant spécialisé de la CLIS, de nombreuses adaptations pédagogiques visant essentiellement à contourner l'ensemble du déficit en langage écrit. Malgré cela, la scolarité d'Arthur, qui avait suscité tant d'espoirs, est globalement très compromise. Arthur reste incapable de lire un texte de plus de trois ou quatre lignes.

Enfin, les troubles visuo-spatiaux, comme c'est habituel, perturbent considérablement les activités fondatrices de la notion de nombre (comptage, utilisation de la numération arabe...).

Arthur est donc en échec scolaire global : en lecture, en production d'écrit et orthographe, en numération et arithmétique, etc. Le trouble praxique est intense, diffusant dans tous les apprentissages chez ce petit garçon intelligent et motivé.

L'évaluation psychométrique à 10,5 ans montre toujours le même profil (voir [figure 5.15](#)). On notera l'excellence des résultats verbaux, avec une relative contre-performance en mémoire des chiffres. On note surtout l'intensité de l'effondrement en arithmétique, tout à fait concordante avec l'intensité de l'échec aux épreuves visuo-practo-spatiales (échelle performance).

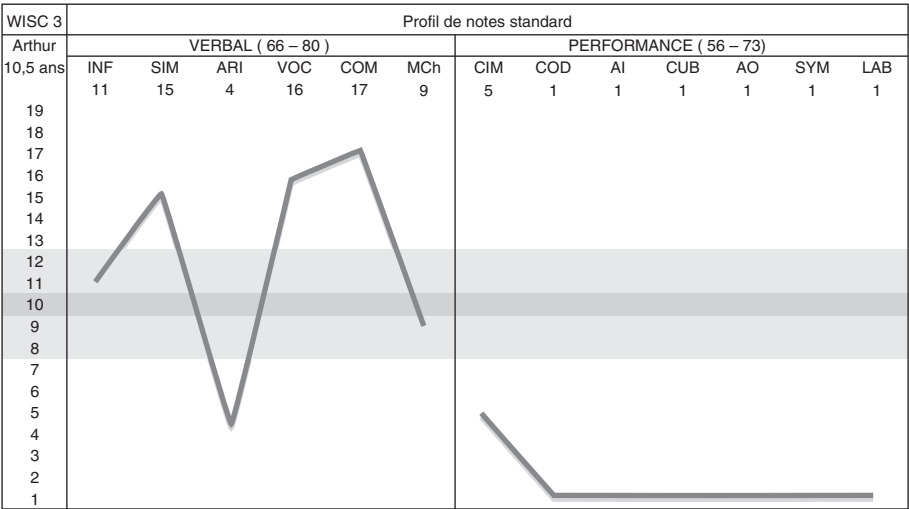


FIGURE 5.15 Arthur, 10,5 ans, fin CM1 : préparation de l'entrée au collège.

Début de la psychothérapie : 8 ans

Au cours des deux premières années, Arthur ne peut pas se poser.

D'une part, il investit l'espace aussi bien par son instabilité motrice que par ses verbalisations. Par ailleurs, il ne peut s'empêcher de se coller à moi physiquement pendant plusieurs semaines. Je dois à plusieurs reprises lui dire qu'il n'a pas besoin de s'appuyer comme ça sur moi pour l'aider à comprendre que l'on peut être ensemble sans avoir besoin de se toucher, de se coller l'un à l'autre.

D'autre part, malgré une dysgraphie et une dyscalculie très importante, il utilise pendant ces deux années l'écriture comme support lors des séances. Les autres éléments utilisés sont le téléphone fixe, le téléphone portable et l'ordinateur.

Il choisit comme modalité d'élaboration un jeu de rôle dans lequel nous travaillons tous les deux dans une grosse entreprise de mécanique et d'électronique. Dans un premier temps, nous sommes collaborateurs, lui chef des ventes et moi chef de suivi. Mais progressivement, il va essayer de devenir mon responsable et me commander de manière autoritaire. Au cours des séances, je deviens celui sur lequel il va essayer d'avoir de plus en plus d'emprise en remettant en cause mes propositions ou en les rejetant.

Il est très répétitif dans ses mises en scènes avec un faible imaginaire et beaucoup dans le « faire ».

Mes commentaires, en dehors du jeu de rôle, sont également rejetés et déniés. Quand je marque, dans le cadre du jeu, mon désaccord et ma différence, Arthur se met alors en colère, m'insulte, et s'il n'obtient pas gain de cause, il me sort du jeu. Il continue en menant un dialogue avec un personnage qu'il prend dans la maison de poupées dans lequel je suis l'objet haï.

En revanche, une fois sorti du bureau, Arthur est un tout autre enfant. Il peut parler de la séance sans agressivité en cherchant à comprendre ce qu'il a mis en jeu pendant le trajet qui le ramène à la salle d'éveil. En fait, il restaure un lien pour compenser les attaques pendant la séance. Il s'appuie sur le transfert pour réduire les sentiments de culpabilité en rapport avec ses mouvements agressifs durant les séances.

Commentaire

Lors des premières séances et notamment dans cette séquence, Arthur montre une très forte identification à la mère (mère réelle et subjective) par la position professionnelle du personnage dans le cadre du jeu et les éléments phalliques comme le téléphone et l'ordinateur comme prolongement d'éléments de toute puissance.

À travers le personnage qu'il m'assigne, il me donne à vivre son propre vécu dans lequel ses sentiments ne sont pas reconnus par la mère. La dépression sous-jacente de cette dernière ne lui permet pas d'élaboration ses propres affects et ceux de son fils.

Accès à la dualité : moi/l'autre

Une séquence de la psychothérapie du premier semestre montre l'implication et l'engagement d'Arthur dans ce travail d'élaboration.

Lors d'une séance très difficile où il joue le collègue manipulateur et séducteur, Arthur propose qu'après le travail, nous allions chez lui dîner, en ajoutant que nous avons la même petite amie. Je lui explique qu'en tant que collègue, je ne souhaite pas mélanger la vie professionnelle et la vie privée, et encore moins partager ma petite amie. Il se met alors très en colère, m'insulte et me dit : « Puisque c'est ainsi, je te licencie. » Il prend une feuille, la remplit de gribouillis et la signe. Au moment où je tends la main, il la reprend et me dit : « On verra la semaine prochaine. » Nous terminons ainsi la séance.

La semaine suivante, il arrive et s'excuse d'emblée pour ce qui c'est passé « la semaine dernière ». Je lui explique que c'est difficile pour lui à la fois d'aimer quelqu'un et d'accepter qu'on soit différent, que l'on ait chacun une vie. Pour la première fois en six mois, il accepte mes commentaires sans les rejeter. À partir de cette séance, Arthur montre plus de souplesse dans le jeu et accepte de négocier sans se mettre aussi souvent en colère.

Deux années se sont écoulées, Arthur veut devenir directeur de la société dans laquelle nous travaillons et me dit qu'il sera alors mon chef. Nous discutons de cette proposition et je lui explique que je pense que la situation risque de devenir encore plus insupportable pour tous les deux. Il propose alors de démissionner de la société et de créer sa propre entreprise avec laquelle il y aura un travail de collaboration. La négociation et les désaccords se font alors dans une bonne concertation où les conflits sont bien moins violents.

Ici, Arthur initie de lui-même sa première vraie séparation dans le cadre du jeu ce qui permettra de travailler la troisième année dans un registre plus symbolique.

Commentaire

Il apparaît ici un moment très important de la psychothérapie. Par sa réaction, Arthur montre l'importance qu'elle a pour lui et ses capacités d'élaboration psychique. Il peut accepter de se séparer de l'autre et s'individualiser sans perdre le lien affectif qui les relie. Il a su négocier sa propre agressivité et la sublimer en créant sa propre entreprise. On voit aussi son fort attachement à son thérapeute dans lequel apparaît la dimension de la bisexualité psychique quand il veut partager la petite amie de son collègue. En fait, c'est avec son collègue qu'il veut sortir, mais l'interdit impose alors un déplacement sur la petite amie.

Du bénéfice de la régression

Au cours de la deuxième année de psychothérapie, Arthur va s'autoriser aussi à des mouvements de régression qui vont être reconnus et acceptés par la mère mais plus difficilement acceptés par l'équipe. Cela va modifier quelque peu la dynamique affective de cet enfant et le projet thérapeutique.

Arthur va avoir un eczéma aux pieds qui l'empêche de marcher. Il ne peut alors se déplacer qu'en fauteuil roulant. Ce problème est présent (ou récurrent) une fois par an et dure une semaine, d'après ses rééducateurs. Nous précisons qu'il n'en avait pas eu la première année de psychothérapie.

Quelques mois plus tard, il se plaint de douleurs à l'aine qui l'empêchent à nouveau de marcher. Arthur demande un fauteuil qu'il va garder environ trois semaines. Quand il vient en séance, il est à plusieurs reprises tenté de sortir de son fauteuil. Nous discutons ensemble de cette douleur et peut-être de son besoin que l'on prenne soin de lui autrement que sur le plan moteur. Pendant cette période, il n'aura pas de séances de kinésithérapie. Il peut dire qu'il en a marre des séances et que cela lui fait du bien de faire un « *break* ».

La mère va également me contacter à plusieurs reprises pour me faire part de son inquiétude vis-à-vis de son fils. En fait, elle a bien perçu chez lui son besoin affectif que l'on prenne soin de lui autrement, qu'on le prenne comme il est.

Nous sommes d'accord pour qu'Arthur profite de ce temps régressif.

L'ensemble de ces éléments me permet de travailler avec l'équipe l'importance d'être à l'écoute d'Arthur. Je fais remarquer à l'équipe que nous avons tendance à reproduire les exigences de la mère. Nous devons reconnaître que quoique nous fassions et malgré le nombre d'années de rééducation, Arthur ne marchera jamais normalement et qu'on l'épuise au détriment de ses capacités intellectuelles qui lui permettraient une intégration sociale et scolaire ainsi qu'une renarcissisation de sa personne.

Par ailleurs, je travaille aussi sur les représentations que nous avons de la mère d'Arthur comme maman très exigeante envers son fils, mais aussi envers nous, afin de se protéger de ses propres angoisses.

Après un temps de maturation, l'équipe va réorienter le projet thérapeutique plus vers un soutien à la scolarité, en acceptant de remplacer une séance de kiné par une séance de balnéothérapie dans laquelle Arthur exprime physiquement et verbalement un bien-être jamais dit jusqu'à maintenant.

Commentaire

Pour la première fois Arthur accepte, en somatisant, d'être beaucoup moins dans la maîtrise et il reconnaît son besoin affectif.

Ce mouvement régressif est intéressant car il amène l'ensemble de l'équipe à s'interroger sur sa pratique sans nier l'importance des rééducations. La dimension psychoaffective doit absolument être prise en compte dans l'accompagnement de tout patient.

Cela a permis à l'équipe de rediscuter du projet thérapeutique, de retravailler sur une meilleure complémentarité des approches de chacun, afin de remettre Arthur au centre du projet en tant que personne.

Troisième année

Lors de la troisième année, à la rentrée de septembre, Arthur accepte comme médiateurs la maison et les figurines qu'il avait jusqu'à maintenant refusé d'utiliser en dehors des moments où il m'évinçait du jeu de rôle.

Les deux principales figurines représentent un garçon qui s'appelle Arthur et une fille qui s'appelle Priscilla, que je joue. Là encore, pendant la plus grande partie de cette année, Arthur va vouloir non seulement maîtriser ce qui se passe dans le jeu, mais également décider des interventions de Priscilla. Les mécanismes d'emprise sont encore bien présents et vont continuer à générer chez Arthur des mouvements de colère destructeurs en lien avec ses angoisses de castration et ses fragilités narcissiques.

Je vais faire référence à deux séances particulièrement significatives.

Lors d'une séance, il demande à Priscilla d'être disponible pour lui puis l'oublie dès qu'il fait intervenir d'autres personnages. Quand elle lui en fait la

remarque, il lui répond qu'elle n'a qu'à partir. Priscilla lui renvoie alors qu'elle en a marre d'être considérée comme un objet et qu'elle le quitte. Arthur se met en colère en lui disant qu'il n'en a rien « à foutre ». Nous terminons la séance sur ce conflit. La semaine suivante, il demande à Priscilla si elle « veut bien rester son amie ».

La deuxième séance importante se situe à la fin de cette troisième année. Nous retrouvons Arthur et sa nouvelle petite amie, ses copains et Priscilla. Lors de cette séance, Arthur cherche à nouveau à se rapprocher de Priscilla en venant chez elle à plusieurs reprises sans la prévenir. Elle essaie de lui faire comprendre qu'elle aimerait être un peu seule, ce que n'entend pas Arthur. Au bout de quelques minutes, je me permets d'introduire un troisième personnage masculin, personnage tiers, pour aider Arthur à accepter définitivement la séparation.

Ce personnage devient le petit ami de Priscilla et ils décident tous les deux d'aller au cinéma. La situation devient alors insupportable pour Arthur. Il va chercher ses copains (figurines) pour détruire la maison de Priscilla en disant des grossièretés.

La semaine suivante, Arthur arrive tout penaud. Je lui dis que la dernière fois ça été très difficile pour lui. Il me répond : « Tu sais, la semaine dernière je n'ai pas supporté que Priscilla fasse des choses avec un autre alors que moi je n'ai jamais rien pu faire. » Je lui demande ce que cela veut dire : « Ben, en fait, je crois que je suis jaloux de lui. »

Dans les semaines qui suivent, les relations avec les différents personnages se font avec beaucoup plus de souplesse, de partage et d'échange. Arthur montre toutes ses capacités d'élaboration de ses mouvements internes, qu'il peut maintenant reconnaître sans être trop débordé. La question de penser la fin de la psychothérapie a pu être abordée au cours des semaines qui ont suivi. Arthur a bien perçu l'étape qu'il venait de franchir dans ses capacités à penser ses angoisses et à s'en distancier. Il ne se sent plus comme impuissant face à des situations qui lui auraient été insupportables auparavant et envisage l'arrêt de notre travail avec fierté.

Par ailleurs, alors qu'il lui était impossible de s'asseoir en début de séance pour échanger sur les événements de la semaine précédente, il peut maintenant rester assis environ dix minutes pour parler en face à face.

Commentaire

De ces deux séquences, on peut dire qu'Arthur montre une capacité d'élaboration qui lui permet de mettre à distance des sentiments douloureux pour préserver sa relation à l'autre. Il peut accéder à l'ambivalence des sentiments amour/haine, à la dualité. La différence et donc la séparation ne sont plus pour lui une angoisse de perte de l'autre (de l'objet d'amour).

Il accède donc maintenant plus pleinement à des capacités de représentations symboliques plus souples, marquant, me semble-t-il, une plus grande différenciation entre un espace interne et un espace externe.

Accès à l'autonomie psychique

La quatrième année de psychothérapie correspond à son entrée en sixième. Arthur peut désormais échanger en face à face. Le passage dans un collège classique a été longuement discuté avec les parents, en raison des difficultés spécifiques d'Arthur et de son envie d'être dans un milieu « normal ». Ce fut pour la famille et nous un temps de regard sur l'évolution de cette étape dont les enjeux pour son avenir scolaire étaient très importants. Mais cela a permis à Arthur de trouver une plus grande confiance en lui et de se percevoir comme un enfant pouvant être scolarisé dans un collège comme n'importe quel autre.

Cette réassurance, en dépit de la conscience de ses difficultés instrumentales, lui permet de se construire et de se projeter comme futur adulte et d'exprimer ses désirs amoureux d'adolescent que nous abordons dans les dernières séances de thérapie. L'arrêt se fait sur sa demande : il dit qu'il peut répondre lui-même à ses questions et qu'il n'a plus besoin de moi.

Je pense qu'il a besoin de se séparer de moi pour continuer à grandir comme le font les adolescents avec leurs parents. Je lui formule le fait qu'il serait intéressant qu'il poursuive un travail avec un autre thérapeute pour passer ce nouveau cap.

L'année suivante, Arthur demandera à me voir à quelques reprises pour discuter de ses inquiétudes liées au scolaire et à la question des relations amoureuses.

Analyses de quelques mécanismes de défense⁴¹⁻⁴²

J'ai essayé de montrer, à travers ce cas, la prégnance et non l'exhaustivité des mécanismes de maîtrise, en lien, de mon point de vue, avec une perturbation importante du schéma corporel. S'y adjoignent souvent une instabilité motrice et une verbalisation importante, qui passent parfois pour de l'hyperactivité alors que ces enfants sont à la recherche de perceptions sensorielles et de limites.

De mon point de vue, un certain nombre d'enfants dyspraxiques, sans trouble psychologique majeur et de bon niveau verbal, mettent en place un déni de la réalité pour mettre à distance ce qui leur est insupportable sur le plan affectif. Ce déni crée un clivage dans les représentations entre leur monde interne et la réalité externe, leur évitant de reconnaître ainsi l'impossibilité de faire comme les autres et de se confronter à leurs affects. Ceci me semble particulièrement présent quand il y a en plus un trouble neurovisuel associé.

Cette mise à distance se fait entre autres par une maîtrise plus importante que chez les enfants tout-venant, allant parfois jusque dans des mouvements d'emprise sur les objets extérieurs (physiques ou personnes) refusant leur handicap pour se rassurer.

⁴¹ A. de Mijolla (dir.), *Dictionnaire international de la psychanalyse*, Paris, Calmann-Lévy, 2002.

⁴² A. Freud (1949), *Le Moi et les mécanismes de défense*. Paris, Puf, 1975.

Ces mécanismes de défense vont perturber le développement du symbolique et le lien entre la réalité externe et la réalité interne entravant la créativité, tant cognitive qu'affective. Ces mécanismes de défense comme le déni, le clivage, la maîtrise se développent alors précocement, empêchant le déploiement plus souple d'un espace symbolique. Dès les premiers mois, l'enfant vit un décalage entre l'intentionnalité de ses gestes et la réalisation de ces derniers. Ceci interroge sur le vécu des relations précoces parents-enfant.

Dans le cas d'Arthur, il a pu étayer ses mécanismes de défense pour construire une position subjective lui permettant d'assumer sa différence et ses angoisses de castration. Il a alors pu s'appuyer sur ses capacités intellectuelles pour construire des représentations internes suffisamment sécurisées.

Lors des dernières rencontres que nous avons eues, il pouvait exprimer les difficultés et les enjeux pour lui, aussi bien sur le plan scolaire que sur le plan relationnel. Quand il s'interrogeait sur son avenir professionnel, il disait clairement qu'en dehors de l'informatique, il ne pourrait pas faire grand-chose en raison de sa dyspraxie.

Conclusion

La psychothérapie a permis à Arthur de se construire une enveloppe psychique, dans laquelle il peut dorénavant déployer pleinement et sans trop d'angoisse ses mouvements internes et secondarisés, grâce à un espace symbolique tiers dans lequel il peut négocier ses conflits et ses représentations. On peut l'objectiver dans l'évolution de ses résultats à l'épreuve similitudes (WISC-IV*) qui passent de NS = 15 à NS = 19. Bien sûr, cela n'est pas dû uniquement à la psychothérapie, mais à une prise en charge globale et cohérente sur de nombreuses années. Si Arthur avait conservé ses mécanismes de défense initiaux, nous ne pensons pas qu'il en serait arrivé à ce niveau de conceptualisation, par ailleurs déjà très bon.

Dans un SESSAD, la coordination entre neuropsychologie et psychologie clinique est un facteur facilitant la compréhension des difficultés instrumentales et psychiques des enfants, permettant de les accompagner au mieux.

Nous nous imprégnions mutuellement du savoir de l'autre tout en restant chacun dans nos références. Le consensus implicite est la reconnaissance du savoir de l'autre où n'interviennent pas, ou peu, des questions de rivalité sur la justesse de nos approches, mais bien une complémentarité de nos savoirs et de nos approches.

Point d'orgue

Bien comprendre les ressorts de la dyspraxie, mais aussi son impact et celui des aides proposées sur le développement de la personnalité du jeune est fondamental pour accompagner valablement ces enfants jusqu'au seuil de l'âge adulte.

Les préconisations générales ne doivent servir que de cadre souple pour organiser un suivi qui doit tenir compte de l'histoire, des projets, de l'évolution de chacun. Ce suivi doit être non seulement personnalisé, mais également de longue durée : les besoins évoluent, les exigences scolaires et sociales également, mais aussi l'enfant, qui grandit, s'autonomise, s'affirme.

C'est le sens du mot « accompagnement » dans le domaine thérapeutique : se tenir aux côtés de l'enfant et chercher, à chaque instant, le meilleur compromis entre les nécessaires actions qui visent à réduire le handicap et l'indispensable respect de sa personnalité en devenir.

Conclusion

Au sein de l'éventail des dys-, les troubles non verbaux (dyspraxies, troubles visuo-spatiaux, agnosies visuelles, déficits attentionnels et exécutifs) sont beaucoup moins finement connus des cliniciens que les troubles du langage oral ou écrit.

Ainsi les dyspraxies – dont la connaissance est souvent superficielle ou réduite à quelques stéréotypes –, sont encore souvent mal diagnostiquées : diagnostics par excès lorsque dysgraphie et dyspraxie sont trop rapidement assimilées, ou à l'inverse diagnostics d'authentiques dyspraxies non posés si les symptômes sont trop vite attachés à des déficits attentionnels ou à des troubles du spectre de l'autisme, avec lesquels ils entretiennent des liens mal analysés ou mal compris. En ce qui concerne les agnosies, elles sont véritablement méconnues. De ce fait, il se crée un cercle vicieux : peu diagnostiquées, elles semblent rares ou anecdotiques et ne suscitent donc que peu d'intérêt de la part des cliniciens.

Ce livre n'avait certes pas l'ambition de couvrir l'éventail des situations cliniques dans ces domaines, mais simplement d'en illustrer la variété et d'attirer l'attention sur ces diagnostics complexes, ou moins fréquents.

Ainsi, *les troubles gnosiques visuels* restent quasi inexplorés, probablement parce que dans le monde médical ils sont réputés exceptionnels. En fait, comme le montre l'histoire de Bastien (*voir* chapitre 4, cas clinique 1), ils sont surtout méconnus, d'autant que les symptômes en sont le plus souvent interprétés dans un autre cadre. En effet, les signes d'alerte sont trompeurs, évoquant les troubles du spectre de l'autisme avec lesquels ils sont (trop) facilement assimilés.

Il est vrai que ces jeunes agnosiques ne partagent pas le même « fonds commun d'évidence » que leur entourage : leurs percepts visuels, distordus d'emblée, ne leur permettent pas de se construire une représentation du monde cohérente et conforme à la nôtre. Les troubles du spectre de l'autisme qu'ils présentent sont alors peut-être plutôt à comprendre comme *la conséquence* de ces distorsions perceptives précoces, *et non comme un trouble primaire*, intrinsèque, de la cognition sociale. C'est aussi probablement la raison pour laquelle ces troubles ne sont pas « envahissants » : ne touchant sélectivement qu'un format de perception et non le noyau même de la cognition sociale, ils ne diffusent pas dans l'ensemble du développement mental de l'enfant.

Une autre particularité des troubles déroute : hors le cas très particulier de la cécité corticale (l'enfant semble être aveugle), il ne s'agit pas d'une incapacité

« en tout ou rien ». Certains traitements neurovisuels sont intacts, préservés, alors que d'autres sont atteints : ainsi, les agnosies des visages, des images, des objets, des signes conventionnels (dont les lettres) ou des couleurs peuvent être isolées ou se combiner de multiples manières chez tel ou tel enfant.

Au sein même d'un type d'agnosie visuelle bien repéré (par exemple, une agnosie des images, comme chez Bastien), le trouble peut être partiel. Seuls certains types d'images ne peuvent pas être décodés, et ce en lien avec des caractéristiques intrinsèques du percept (clarté du contraste fond/forme ; continuité ou non des contours ; représentation prototypique ou non de l'objet ; présence de couleurs ou de détails significatifs, etc.). Enfin, le trouble peut aussi être fluctuant en fonction des conditions d'éclairage, des ombres portées, de la durée de présentation, de la familiarité ou non de la scène visuelle, de la fatigue de l'enfant, etc.

Cet aspect « non permanent », non stable des troubles est très fréquent en neurologie, et en particulier en neurologie du développement. Il concerne d'ailleurs aussi les dyspraxies (« Quand il veut, il peut »). Mal compris, ces phénomènes alimentent à tort de vaines discussions sur la réalité du trouble et le rôle de la motivation ou de la bonne volonté de l'enfant. Ces polémiques reflètent surtout la méconnaissance des mécanismes neuronaux qui sous-tendent ces troubles, des manifestations des dysfonctionnements, des limites des compensations spontanément mais ponctuellement mises en œuvre par l'enfant.

Enfin, même parmi ceux qui penseraient à évoquer ces diagnostics, beaucoup de professionnels se sentent démunis par l'absence de tests spécifiques qui, pensent-ils, leur permettraient d'identifier à coup sûr ces pathologies. C'est oublier qu'en neuropsychologie, le diagnostic ne se déduit pas *d'abord* de tests, de scores obtenus à telle ou telle épreuve, ni d'écarts-types négatifs par rapport à la norme. Ce n'est pas l'échec à une batterie d'attention qui fait le déficit attentionnel, pas plus que l'échec à une échelle de « gnosies visuelles » ne ferait le diagnostic d'agnosie. Il faut faire le chemin inverse : partir des symptômes, des plaintes, de l'observation du « comment il s'y prend » pour rater (ou pour réussir). Naissent alors *des hypothèses*, qui seront mises à l'épreuve et *guident le choix* des tests, ou de telle ou telle épreuve au sein d'une batterie ou même, si l'épreuve répondant à tel ou tel cahier des charges précis pour répondre à notre questionnement n'existe pas, il nous faudra inventer une épreuve *ad hoc*.

Ainsi, des erreurs d'interprétation systématiques portant sur des images, contrastant avec une bonne reconnaissance et une identification correcte des mêmes items par voie tactile (objets) et verbale (description, définition orale), sont l'élément central du diagnostic d'agnosie une fois les causes ophtalmologiques mises hors de cause.

Les troubles du développement du geste, eux, sont souvent évoqués mais trop souvent réduits à la notion de maladresse, d'incompétence dans le domaine sportif et de graphisme malhabile. Vu sous cet angle simplificateur, ces troubles sont alors considérés comme « mineurs ». Ainsi, on entend souvent de la part des professionnels en charge du suivi de ces jeunes des phrases telles que :

- « On lui a donné un ordinateur et maintenant tout va beaucoup mieux, ses notes remontent, *il n'a donc plus besoin de son AVS (ou des adaptations)* » :

c'est au contraire *parce qu'il bénéficie de ces adaptations et de ces aides* que les apprentissages sont enfin de nouveau à sa portée, que ses résultats sont enfin ceux auxquels il peut prétendre au vu de son intelligence et de sa motivation ;

- « Si on veut qu'il progresse, il ne faut pas qu'il ait d'AVS, ou seulement à temps très partiel : *si on fait à sa place, il ne pourra jamais être autonome* » : c'est confondre les incapacités de l'enfant dyspraxique avec celles d'un enfant insuffisamment entraîné, c'est nier le handicap, le réduire à un simple défaut de motivation et/ou d'exercices, c'est intervertir causes et conséquences. Ce n'est pas parce qu'il est aidé que l'enfant dyspraxique n'est pas « autonome », *c'est parce que sa pathologie l'empêche d'accéder à une autonomie suffisante pour son âge* qu'il a besoin d'une aide humaine ;

- « S'il a toutes ces adaptations (ces aides, ces palliatifs), *il ne fera plus d'efforts* » : en premier lieu, ces remarques révèlent à quel point *les efforts et la fatigabilité de ces enfants peuvent être sous-estimés*. En second lieu, elles disent que les apprentissages, les résultats scolaires ne sont plus l'objectif de la scolarité, comme s'ils étaient dévalorisés : leur valeur serait annulée par le fait qu'ils ont été obtenus de façon différente, grâce à des compensations. Dirait-on que les résultats d'un jeune qui porte des lunettes ne sont pas valides parce qu'il n'a pas fait d'effort avec ses yeux ? Bien sûr, tous s'accorderaient pour trouver cela ridicule. Et pourtant... Ces doutes et sous-entendus répétés (les apprentissages, les bons résultats sont-ils la marque des acquisitions de l'enfant, ou bien doit-on les attribuer aux aides techniques et humaines ?), qui entrent en résonnance avec la mésestime de soi que cultive si bien l'enfant dys-, contribuent à son découragement, alimentent son refus d'aides pourtant indispensables à son développement, le confortent dans son sentiment d'incompétence.

Ces réflexions, ces croyances de pseudo-bon sens qui empoisonnent la vie des jeunes dyspraxiques sont le fruit d'incompréhensions quant à la nature du handicap dont ils souffrent.

D'autres problèmes peuvent aussi compromettre gravement l'avenir de l'enfant : une interprétation malheureuse des points forts et des points faibles de l'enfant en termes de QI global peut induire une confusion avec une déficience intellectuelle et une orientation inadaptée. Ou bien, comme pour Jean-Marie (voir chapitre 5, cas clinique 1), un bilan incomplet peut engager le jeune dyspraxique dans une impasse : on prévoit de l'aider à contourner sa dyspraxie par le langage, dans lequel il s'avère compétent, mais on n'a pas vérifié l'intégrité de sa mémoire de travail auditivo-verbale, qui est pourtant le pilier sur lequel repose cette stratégie.

C'est pour limiter ces erreurs (qui cependant ne pourront jamais être totalement exclues), qu'il faut s'astreindre à un protocole rigoureux pour s'auto-riser à poser ces diagnostics. Ces examens multiples, longs et coûteux, sont l'indispensable garde-fou de notre pratique. Le jeune est dys- *depuis toujours!* Prendre le risque de le conduire de Charybde en Scylla sous le prétexte fallacieux de « faire vite », de « faire simple » ou, pire, de « faire seul » peut être lourd de conséquences. En effet, c'est *toujours* la complémentarité

et la confrontation des observations, des examens et des regards de *divers* professionnels (médecin, psychologue et neuropsychologue, ergothérapeute, orthophoniste, psychomotricien, enseignant) et leur synthèse finale qui permettent d'appréhender la nature des dysfonctionnements et des handicaps qu'ils induisent.

Mais souvent, la question n'est pas tant celle d'une erreur initiale, malheureusement pas toujours évitable, que celle de sa mise à jour, puis de la façon dont elle est ensuite comprise et traitée. Lorsque nous (les professionnels) sommes mis en défaut par une évolution insuffisante, voire une stagnation, lorsque le pronostic qui nous semblait possible ne se réalise pas, lorsque rien ne se passe comme nous l'avions prévu, que l'enfant ne progresse pas ou peu, qu'il n'adhère pas à nos propositions de rééducation ni de compensation, c'est alors facilement que nous mettons en cause « la bonne volonté l'enfant, son application, sa motivation » qui feraient cruellement défaut, que nous invoquons des difficultés psychologiques jusque-là méconnues (!), des difficultés relationnelles (avec les parents, les frères et sœurs, tel ou tel enseignant, etc.) qui se manifesteraient de manière inopinée. Lorsque l'échec se dessine – réflexe de « légitime défense » ! –, c'est d'abord *l'autre* que nous mettons en cause : l'enfant lui-même en premier lieu, bien sûr, mais aussi, selon les cas, ses parents, dont la participation au projet nous paraît toujours « trop » ou « pas assez », l'enseignant, qui « bien sûr » n'a pas compris, ou ne sait pas, ou ne veut pas. Or l'honnêteté et la conscience de la difficulté de notre tâche devraient au contraire nous conduire à remettre *d'abord* en cause nos propres conclusions, notre interprétation des évaluations antérieures, notre appréhension des difficultés du jeune. C'est dire que nous devons accepter de reprendre les éléments antérieurs, les réexaminer à la lumière des difficultés présentes, éventuellement les compléter puis, selon l'éclairage de ces nouveaux éléments, réorienter le projet thérapeutique et s'en expliquer clairement tant auprès des parents et des enseignants que du jeune lui-même.

Contrairement à ce que certains professionnels pourraient craindre, cette démarche – outre qu'elle va permettre de rectifier un oubli ou une erreur – renforce souvent la confiance entre le jeune et ses thérapeutes. En effet, par ce retour en arrière, par cet ajustement du diagnostic et/ou des propositions rééducatives, nous progressons *ensemble* – le jeune et le professionnel – vers une meilleure reconnaissance des troubles. L'enfant est respecté, les difficultés auxquelles il se confronte sont reconnues, il pourra de nouveau se sentir épaulé et soutenu par les nouvelles propositions, mieux adaptées, qui lui seront faites.

Cependant, il ne suffit pas non plus de bien comprendre le trouble, d'en évaluer finement les répercussions scolaires ou sociales, de faire des propositions motivées et bien ciblées, ciselées au cas par cas : encore faut-il que l'enfant et sa famille puissent y adhérer, ou au moins les accepter, ou au moins « faire avec ». Car les aides, humaines ou matérielles, sont naturellement vécues comme stigmatisantes : c'est oublier que la stigmatisation naît du handicap *et non des compensations proposées*. Perçues par les uns comme la marque de l'incompétence de l'enfant et par les autres comme une sorte de passe-droit injustifié,

les aides et adaptations doivent être non seulement justifiées, mais négociées à chaque époque de la vie, et plus difficilement encore à l'adolescence. Il faudra pouvoir prendre en compte l'évolution de l'enfant, sa personnalité, ses priorités, de désirs. Le diagnostic n'est qu'un moment du long chemin que constitue l'accompagnement de ces jeunes. À chaque étape, de nouveaux défis surgissent, qu'il s'agisse de nouvelles exigences scolaires, de choix personnels du jeune ou des refus propres à l'adolescence.

C'est pourquoi il nous semble que de courts suivis (sur un an ou deux par exemple), ou des suivis trop ponctuels (au décours d'une consultation hospitalisation, une fois par an par exemple) ne sont pas adaptées à la problématique des enfants dys-. Le trouble neurodéveloppemental dont souffre l'enfant n'évolue certes pas, mais les exigences de l'environnement – c'est-à-dire *son handicap* –, elles, sont *en constante évolution*. Son handicap est donc changeant, mouvant, perpétuellement déroutant. Lorsque l'enfant est très jeune, c'est la question des apprentissages fondamentaux qui est posée. Lors du passage au collège, c'est la multiplicité des enseignants, la complexité croissante des savoirs et les examens qui mettront le jeune en difficulté. Ensuite, il sera confronté au choix d'une orientation professionnelle, puis à l'insertion dans le monde du travail où de nouveaux obstacles, inédits, se dresseront devant lui. À chaque moment, il faudra réinventer une nouvelle façon de faire face, de réussir « en dépit du dys- » ; sans cesse, il aura besoin d'un étayage différent, d'aides évolutives, des conseils d'un professionnel bien au fait de tous les méandres de sa pathologie et de leurs intersections délétères avec les exigences de l'environnement ou avec ses propres projets.

Enfin, nous avons fait la part belle aux *associations de troubles*, si fréquentes dans le domaine des dys-. Beaucoup de parents arrivent en consultation effondrés, disant : « Mon enfant est multi-dys- » Beaucoup de cliniciens se trouvent face à un enfant qui semble poser sur le bureau une profusion de signes, plaintes ou incapacités de tous ordres : comment s'y retrouver, mettre de l'ordre dans cette symptomatologie confuse, comment comprendre le ou les troubles de l'enfant ?

Tout d'abord, il ne faut pas se laisser abuser par les multiples plaintes qui diffusent dans tous – ou presque tous – les domaines des apprentissages : tout enfant qui est en échec scolaire global ne doit pas être considéré comme « dysgraphique + dyslexique + dyscalculique + ... ».

Le terme « dys- » recouvre des *pathologies spécifiques*, dûment identifiées comme résultant de troubles neurodéveloppementaux, c'est-à-dire relevant du champ médical. Les difficultés autres que peuvent rencontrer de nombreux enfants au cours de leur parcours scolaire (faible talent, médiocre motivation, trouble psychodynamique ou blocage, scolarisation insuffisante, erreurs pédagogiques, difficultés socio-éducatives, etc.) ne ressortent pas d'une démarche médicale, neuropsychologique.

Lorsqu'on s'est assuré qu'on est bien dans le cadre des dys-, il faut d'abord rechercher ce qui, en amont, pourrait *rassembler* tous ces symptômes apparemment disparates, ce qui pourrait être une cause commune ou unique. Ainsi,

dysgraphie, dyslexie (visuelle), dyscalculie (spatiale) et échec scolaire global peuvent être la conséquence d'une dyspraxie : il ne s'agit donc pas là d'un « multi-dys- », mais bien des conséquences habituelles et prévisibles d'une dyspraxie, ce qui en fait la sévérité. De même qu'il ne faudrait pas confondre fatigabilité et situations quasi constantes de double-tâche avec une pathologie de l'attention.

Pourtant, comme nous l'avons montré, certaines associations sont incontestables : l'enfant souffre bien, par exemple, *et* d'une dyspraxie *et* d'un trouble spécifique du développement des fonctions attentionnelles, ou bien *et* d'une dyspraxie *et* d'une dyslexie phonologique. Ces diagnostics, très complexes, ne peuvent en aucun cas être établis au décours d'une seule consultation, quelle que soit la compétence du professionnel.

Enfin, au sein des équipes de soins, habituellement constituées de façon formelle au sein des SESSAD ou plus virtuelles et mouvantes, comme celles constituées d'hospitaliers et de libéraux, il faut inclure pédopsychiatres et/ou psychothérapeutes, du moins si ces derniers savent concilier les champs théorico-cliniques propres à la psychopathologie de l'enfant et ceux propres à la neuropsychologie développementale. Il s'agit là de collaboration, de travail synergique, de complémentarité, de prise en compte de l'ensemble de souffrances de l'enfant et de la totalité des obstacles à son épanouissement.

Nous n'imaginons certes pas, à partir de ces quelques exemples, avoir épuisé le sujet.

Nous aurions pu raconter d'autres histoires, analyser d'autres dossiers, mettre à jour d'autres erreurs ou au contraire présenter d'autres réussites. Mais multiplier les exemples ne résoudra jamais le problème du clinicien, chaque fois placé devant un enfant unique qu'il lui faut essayer d'approcher au plus près.

Nous espérons que, au-delà du « cas clinique » de tel ou tel, confrontant ces courtes études cliniques et sa propre pratique, le lecteur aura reconnu un jeune patient récemment rencontré, une hésitation qu'il a ressentie, un problème auquel il a été confronté, une façon de faire qui l'a conforté, une suggestion qui l'a aidé.

Annexe : les tests cités

Interpréter les résultats des tests

Diagnostiquer un trouble d'apprentissage et/ou élaborer une stratégie thérapeutique nécessitent que soient menées des investigations quantitatives et qualitatives. La pratique de tests étalonnés s'inscrit dans cet objectif qui, tout comme la prise en compte des aspects cliniques, de la symptomatologie, doit suivre une démarche structurée, progressive et cohérente. À ce titre, le choix d'un test n'est ni anodin ni hasardeux.

L'ensemble des investigations pluridisciplinaires qui constituent le bilan neuropsychologique s'inscrit dans *un postulat central : la recherche d'une éventuelle dissociation (ou hétérogénéité) des aptitudes cognitives*. Il s'agit par exemple de *confronter* les aptitudes verbales et non verbales, auditives et visuelles, etc., afin de repérer les domaines pénalisés mais aussi les ressources cognitives du patient. Ce principe constitue le fondement du raisonnement neuropsychologique et de l'élaboration d'un diagnostic de trouble cognitif. Son objectif intègre d'emblée une dimension de compensation et de stratégie thérapeutique.

Toute démarche diagnostique neuropsychologique *se construit* à partir d'une évaluation de l'efficacité intellectuelle. Cette première investigation permet d'évaluer le plus largement possible l'ensemble des aptitudes cognitives (intelligence fluide et cristallisée, raisonnement perceptif, aptitudes visuo-spatiales, mémoire de travail, graphisme, exploration visuelle), favorisant la mise en valeur du profil cognitif.

Remarque

Les premiers constats établissent le socle de base des premières hypothèses diagnostiques, tout en permettant d'éliminer ou de confirmer un diagnostic de déficience intellectuelle (ce qui annulerait ou relativiserait alors de fait toute hypothèse de trouble spécifique d'apprentissage).

Différentes investigations spécifiques sont menées à partir des questions et des hypothèses nées des plaintes, de l'observation clinique, des connaissances concernant le développement de l'enfant d'une part, et des compétences cognitives sollicitées par tel ou tel apprentissage d'autre part. Là encore, la conduite des examens tient compte du principe de dissociation.

Mais bien que les objectifs de chaque test soient déterminés par les fonctions cognitives sollicitées par la tâche, il n'est cependant jamais possible qu'une épreuve évalue spécifiquement *une seule* compétence isolée. En outre, pour un même symptôme, la structure de chaque bilan est propre à chaque enfant car il convient de tenir compte à la fois des hypothèses initiales et des facteurs qualitatifs et quantitatifs des différentes évaluations, qui confirment ou infirment les hypothèses précédentes.

Ainsi, deux enfants qui présentent par exemple chacun un trouble visuo-spatial ne seront pas soumis aux mêmes parcours diagnostiques : les capacités de raisonnement, la compréhension du langage oral, les aptitudes attentionnelles globales, l'appétence et l'adaptation sociale, le fonctionnement psychique, les troubles éventuels associés constitueront une constellation d'éléments qui conditionneront à la fois les choix des bilans et surtout les possibilités thérapeutiques.

C'est pourquoi l'usage et la pratique des différentes évaluations se conçoivent *hiérarchiquement*, à partir des capacités conceptuelles (le facteur g) vers la « démonstration » d'un trouble cognitif, qu'il soit domaine-spécifique ou de haut niveau, transversal (attentions, mémoires, fonctions exécutives).

Signification des scores

Les résultats d'un test étalonné peuvent s'exprimer de différentes façons.

L'écart type (e.t.) ou déviation standard (DS) par rapport à la moyenne⁴³

L'écart type (e.t.) ou déviation standard (DS ou σ) indique *le rang* où se situe l'enfant par rapport à ses pairs *du même âge* (voir [figure 6.1](#)). Les résultats sont :

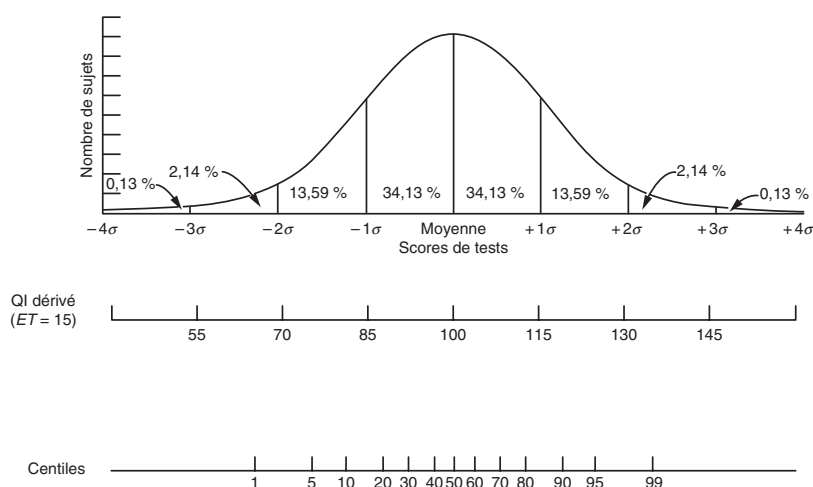


FIGURE 6.1 Les résultats en QI, e.t. (écart type ou σ) et centiles.

⁴³ Ceci concerne les tests dont la distribution des résultats dans une population tout-venant est dite « normale », c'est-à-dire qu'elle prend la forme d'une courbe de Gauss ou courbe en cloche (voir [figure 6.1](#)), ce qui est le cas des tests cités ici.

- dans la norme lorsqu'ils se situent entre -1 e.t. et $+1$ e.t. par rapport à la moyenne (68,26 % de la population considérée);
- dans la zone « faibles » lorsqu'ils se situent entre -1 e.t. et $-1,65$ e.t.;
- dans la zone *pathologique* à partir de $< -1,65$ e.t. (sauf indication contraire des auteurs du test).

Percentiles

Au terme « percentiles » on devrait plutôt préférer « centiles », mais beaucoup de tests parlent de percentiles. Un centile représente chacune des 99 valeurs qui divisent une distribution de valeurs organisées en 100 parties égales. Exemple : le 80^e centile est la valeur telle que 80 % des valeurs sont en dessous et 20 % sont au-dessus. On parle de « rang centile » d'une donnée pour indiquer le pourcentage de données ayant une valeur inférieure ou égale à la donnée regardée.

Dans beaucoup de tests, les centiles sont organisés en quatre catégories : 0–25, 25–50, 50–75, 75–100. Entre les 25 et 75 centiles, les valeurs sont dans les normes et on considère généralement qu'un résultat *inférieur au centile 10* situe le sujet dans le domaine de la pathologie.

L'interprétation des résultats en centiles est toujours précisée dans les recommandations de l'auteur du test.

Pourcentages cumulés

Ils indiquent le pourcentage d'enfants du même âge ayant obtenu des résultats égaux ou inférieurs à ceux de l'enfant testé. On considère que les résultats sont :

- dans la norme lorsqu'ils se situent entre 75 % et 25 % ;
- dans la zone faible lorsqu'ils se trouvent entre 25 % et 10 % ;
- dans la zone pathologique lorsqu'ils se situent en deçà de 10 %.

Par ailleurs, les évaluations diagnostiques (souvent assez longues) n'ont pas vocation à être renouvelées, sauf cas particulier faisant douter de la validité du diagnostic initial (évolution déroutante par rapport à l'évolution attendue, symptômes non expliqués par le diagnostic, apparition de nouveaux symptômes, etc.), afin de rectifier ou de compléter ce diagnostic initial.

Seules les évaluations qui informent sur l'évolution du jeune (dans le domaine de son déficit, de ses apprentissages, de son adaptation dans sa vie personnelle et sociale, etc.) doivent être très régulièrement proposées et analysées (en général une fois par an), afin de permettre d'ajuster au mieux le projet.

Remarque

Nous ne prétendons pas (et ne souhaitons pas) faire ici un listing exhaustif de tests pouvant légitimement être utilisés en situation d'évaluation diagnostique, ni faire un descriptif détaillé des tests cités. Le lecteur intéressé pourra trouver ces éléments auprès des auteurs et éditeurs de ces tests, et dans les livrets d'utilisation qui les accompagnent.

Il s'agit seulement d'éclairer le lecteur sur la nature et les raisons de nos choix dans cet ouvrage.

Tests de fonctionnement cognitif de base

Échelles de Wechsler

Nous utilisons les échelles de Wechsler (échelle d'intelligence de Wechsler pour enfant) adaptées à l'âge :

- la WPPSI-III (3^e édition, 2000), ECPA, s'adresse aux enfants de 2,6 ans à 7,6 ans 11 mois ;
- la WISC-IV (4^e édition ; 2006), ECPA⁴⁴, s'adresse aux enfants de 6 ans à 16 ans 11 mois.

Échelles composites (dix à douze épreuves variées), elles permettent de balayer de nombreuses fonctions cognitives. Tests de référence, elles évaluent, outre l'intelligence générale (facteur g), plusieurs composantes cognitives : verbales, perceptives, mnésiques et attentionnelles, graphomotrices.

Le principe de dissociation

La compréhension et l'interprétation neuropsychologiques nécessitent de centrer la réflexion sur le constat éventuel d'une dissociation au sein des performances d'un sujet.

Remarque

L'hétérogénéité intra- et/ou interéchelles détermine les premières hypothèses diagnostiques en indiquant les signes d'appel de déficits spécifiques de telle ou telle modalité cognitive.

Ainsi, il est possible de constater, par exemple, une hétérogénéité entre les aptitudes verbales et perceptives qui d'emblée justifie la pratique de tests spécifiques dédiés à la compétence pénalisée.

Cependant, le profil cognitif peut aussi témoigner d'une dissociation des scores *au sein d'une même modalité cognitive* : par exemple, parmi les épreuves verbales, on peut constater de très grandes disparités des scores. Ce constat

⁴⁴ Tous les tests cités sont édités par les ECPA, sauf indication contraire.

impose d'en évaluer et d'en comprendre les raisons : un score très faible à l'épreuve de catégorisation (Similitudes) peut indiquer un déficit conceptuel mais aussi un trouble du langage ; un échec à l'épreuve Information peut rendre compte d'un déficit de l'intelligence cristallisée ou d'un déficit mnésique qui alors impose la pratique d'un bilan de mémoire ; un échec à l'épreuve Raisonnement verbal peut témoigner d'un déficit de flexibilité mentale justifiant alors la pratique d'un test d'attention, ou refléter un trouble du langage, voire un déficit conceptuel si le même constat est fait à l'épreuve Similitudes, etc.

Remarque

Cette méthode d'analyse, *épreuve par épreuve*, est indispensable si l'on veut repérer les difficultés de l'enfant et isoler les îlots de compétences : l'objectif essentiel étant bien entendu d'anticiper les moyens de compensation qui permettront ensuite l'élaboration du projet thérapeutique.

Par conséquent (ainsi que précisé dans le manuel d'utilisation du test), le calcul de moyenne par modalité cognitive (notes d'indices) évaluée ne peut être pratiqué que lorsque les scores sont homogènes, c'est-à-dire que la dispersion des résultats n'excède pas 15–20 points. Maintenir un calcul de moyenne face une hétérogénéité importante ne permet en aucun cas de déterminer le profil cognitif de l'enfant. Pire, cela entrave la bonne compréhension de ses difficultés.

Mémoire de travail auditivo-verbale

Un constat de difficultés aux épreuves de mémoire de travail auditivo-verbale d'une échelle de Wechsler peut constituer un signe d'appel d'un déficit attentionnel. Il n'est cependant pas possible d'affirmer la réalité d'un diagnostic de trouble attentionnel global (TDA avec ou sans hyperactivité) sur ce seul résultat : l'analyse et l'évaluation quantitative de toutes les composantes attentionnelles en modalité visuelle et verbale sont absolument indispensables pour confirmer ce diagnostic.

Cependant, un déficit isolé du « réservoir » de mémoire de travail auditivo-verbale s'inscrit aussi fréquemment dans un profil de trouble spécifique d'apprentissage : c'est le cas de certains patients dyspraxiques mais surtout, en toute logique, de ceux qui présentent un trouble du langage, oral ou écrit (dyslexie phonologique).

Par ailleurs, de nombreuses autres épreuves (des épreuves de Wechsler ou d'autres batteries) sollicitent énormément la MT et seront donc échouées alors même qu'elles cherchent explicitement à évaluer une autre fonction ou un autre domaine cognitif (exemple : l'épreuve dite « de compréhension » de la NEPSY ou de cognition sociale de la NEPSY-II*).

Épreuves graphomotrices

Le geste graphique mobilise la coordination de nombreuses fonctions (automatisation du geste practo-moteur, mémorisation en mémoire de travail des suites de lettres et de mots, mobilisation des aspects conceptuels pour élaborer la compréhension, coordination oculomotrice et balayage oculaire pour s'adapter

au format d'écriture, etc.). Cela requiert une grande capacité attentionnelle (« réservoir attentionnel »), mais aussi une excellente gestion des ressources attentionnelles (partie exécutive des fonctions attentionnelles) pour assurer une répartition efficace des ressources entre les différentes fonctions simultanément convoquées.

Le constat de difficultés graphomotrices nécessite donc que soit évaluée chacune des composantes impliquées en utilisant des épreuves complémentaires (praxiques, spatiales, attentionnelles et exécutives, etc.). Par conséquent, un échec à l'épreuve Code ne peut être interprété à *lui seul* comme l'expression d'un trouble graphomoteur ou d'une « lenteur ».

Conclusion

Parce qu'elle fournit une somme d'informations riches, vastes et globales, nous considérons que la passation d'une échelle de Wechsler adaptée à l'âge constitue *le socle* du bilan neuropsychologique. C'est *la confrontation* des réussites et des échecs qui, pour chaque enfant :

- permet d'abord, par l'étude des résultats aux épreuves de facteur g, d'éliminer une déficience intellectuelle (condition préalable pour un diagnostic de dys-);
- oriente les hypothèses diagnostiques et donc la poursuite d'un bilan neuropsychologique pertinent et informatif.

Remarque

Chaque épreuve sollicite un éventail particulier de fonctions cognitives et cette évaluation de base *doit donc être complétée* par des évaluations spécifiques de chaque modalité et composante pénalisée. L'analyse des aspects préservés permet de dégager les points d'appui, *les moyens de compensation* possibles, dans le cadre d'un projet thérapeutique.

KABC-II

Cette *batterie de tests pour l'examen psychologique de l'enfant* (A.S. Kaufman, N.L. Kaufman, 2^e édition, ECPA, 2008) s'adresse à des enfants de 3 ans jusqu'à 12 ans 11 mois. Elle investit l'intelligence fluide et cristallisée au travers de processus séquentiels *versus* simultanés. Elle permet une autre approche du fonctionnement cognitif, complétant la classique dichotomie verbale/performance.

Nous utilisons aussi plus particulièrement certains subtests originaux et très pertinents dans certaines situations cliniques, par exemple :

- « reconnaissance de formes », qu'il est intéressant de confronter au subtest « closure visuelle » du DPVP-II, lors de la suspicion de troubles neurovisuels;
- les subtests de culture générale (lors des suspicions de troubles mnésiques);
- le subtest « devinettes », qui complète bien les épreuves verbales plus classiques des échelles de Wechsler.

EDEI-R

Cette batterie de tests composite (Échelles différentielles d'efficacité intellectuelle, forme révisée, M. Perron-Borelli, 1996, ECPA, 1996) s'adresse à des enfants de 4 à 9 ans. D'inspiration piagétienne, elle est construite autour de la notion d'intelligence catégorielle et composée de quatre notes : efficacité globale, verbale, non verbale et catégorielle.

Nous utilisons préférentiellement certains subtests (classifications, analyse catégorielle, etc.) lorsque nous avons à faire à de jeunes enfants non francophones, sourds ou dysphasiques : ces épreuves permettent en effet d'évaluer l'intelligence générale (facteur g) indépendamment de tout contexte verbal, visuo-spatial ou mnésique. Le matériel est agréable et attrayant pour de jeunes enfants.

NEMI-2

Cette échelle (*Nouvelle Échelle métrique de l'intelligence*, G. Cognet ECPA, 2006) s'adresse aux enfants de 4,6 ans à 12,6 ans. Elle donne un indice d'efficacité cognitive. Rapide de passation, elle peut être très utile dans la période 6–7 ans, lorsque les échelles de Wechsler sont en limite de tranche d'âge. Elle peut aussi rendre de grands services lorsque les échelles de Wechsler sont trop récentes.

À l'instar du KABC-II, cette échelle mesure l'intelligence fluide et cristallisée. On remarque particulièrement une épreuve de catégorisation (facteur g), dite « comparaison », composée de deux sous-parties : dans l'une (« comparaisons-différences »), les jeunes enfants doivent comparer deux objets et en extraire une différence significative ; dans l'autre (« comparaisons-ressemblances »), l'enfant doit extraire le point commun à trois puis à deux termes inducteurs.

La NEMI-2, très complète, est un bon prédicteur de réussite scolaire pour les niveaux primaires et le début du collège.

Tests neuropsychologiques

NEPSY

Bilan neuropsychologique de l'enfant, I.M. Korkman, U. Kirk, S. Kemp, ECPA.

NEPSY-I (2003)

Elle s'adresse à des enfants de 3 ans à 12 ans et 11 mois. Son originalité réside dans l'investigation des fonctions attentionnelles et exécutives.

En outre, certains subtests renseignent de manière originale sur les capacités visuo-spatiales (« flèches ») ou d'orientation spatiale (« orientation »), sans réclamer de construction ni d'activité graphique.

NEPSY-II (2^e édition, 2012)

Elle peut être proposée jusqu'à 16 ans et 11 mois. L'intérêt de cette nouvelle batterie réside (entre autres) dans le fait qu'elle apporte de nouveaux subtests dans le domaine des fonctions mnésiques, attentionnelles et exécutives (mais d'autres

ont été abandonnés, comme « tour ») et dans celui de la perception sociale (nouveau domaine exploré). On remarque ainsi une toute nouvelle épreuve de catégorisation (7–16 ans), à partir de huit cartes représentant des animaux et pouvant donner lieu à des classements en deux catégories, selon différents critères.

Nous l'utilisons souvent de manière ciblée, pour explorer un domaine cognitif particulier (lecture, mathématiques, attention/concentration, langage, etc.), à partir d'une sélection d'épreuves.

Enfin, la cotation est multiple et cherche à intégrer une approche par domaines, mais aussi une approche par sous-compétences sollicitées par la tâche (*via* le taux d'erreurs spécifique, la durée d'exécution) ou par comparaison entre les performances réclamant différents processus cognitifs.

BREV

Cette batterie de tests (*Batterie rapide d'évaluation des fonctions cognitives*, C. Billard, S. Vol, M.O. Livet, J. Motte, L. Vallée, P. Gilet, A. Galloux, A.G. Piller, Kiosque Production, 69, boulevard Saint-Marcel, 75013 Paris, 2004) est destinée aux enfants entre 4 ans et 9 ans.

Une version plus récente, nommée « EDA », remplace la BREV 1 et la BREV 2. Plusieurs épreuves ont été modifiées ou remaniées (éditeur : Ortho-éditions).

Cette batterie, de passation rapide, entre dans le cadre du dépistage d'éventuels troubles cognitifs et/ou d'apprentissage chez l'enfant d'âge préscolaire et scolaire.

Tests portant sur des fonctions cognitives spécifiques

Attention : TEA-Ch

Ce test (*Test d'évaluation de l'attention chez l'enfant*, T. Manly, I.H. Robertson, V. Anderson, I. Mimmo-Smith, ECPA, 2006) permet d'étudier les différentes formes d'attention (soutenue, sélective, etc.), selon diverses modalités (auditive ou visuelle), ainsi que les fonctions exécutives. Il présage bien des capacités de recrutement attentionnel dans les différentes activités scolaires demandées à l'enfant.

Deux versions (A et B) permettent d'éviter les effets de retest si deux passations s'avèrent utiles avec des délais relativement courts (par exemple, nouvelle passation sous traitement de méthylphénidate, ou après mise en œuvre de modifications environnementales, ou d'une thérapie cognitive, etc.).

Langage

ELFE

Ce test (*Évaluation de la lecture en fluence*, Cogni-Science, Laboratoire des sciences de l'éducation, Université Pierre Mendès-France Grenoble, 2008, téléchargeable sur www.cognisciences.com) s'adresse à des enfants de la classe de CE1 jusqu'à la cinquième.

Il évalue le langage écrit (lecture) et permet d'évaluer l'évolution de l'enfant en situation de test et de retest grâce à deux textes différents.

BALE

Ce test (*Batterie analytique du langage écrit*, Laboratoire des sciences de l'éducation, Université Pierre Mendès-France, Grenoble, 2010, téléchargeable sur www.cognisciences.com) s'adresse à des enfants scolarisés du CE1 au CM2.

C'est un outil de diagnostic qui investit de manière très large les fonctions langagières et cognitives se rapportant au langage oral et écrit.

ODEDYS-II

Ce test (*Outils de dépistage des dyslexies*, Laboratoire des sciences de l'éducation, Université Pierre Mendès-France Grenoble, version 2, 2005, téléchargeable sur www.cognisciences.com) investit le langage écrit sur un mode neuropsychologique (mots réguliers, mots irréguliers, non-mots; longueur et fréquence des mots, etc.) et les fonctions cognitives qui s'y rapportent (MT). Il s'adresse à des enfants scolarisés du CE1 à la cinquième.

Cet outil permet de couvrir l'entrée au collège, période si sensible pour les enfants présentant un trouble du langage oral et/ou écrit.

Mémoire : CMS

Ce test, (*Children Memory Scale, Échelle de mémoire pour enfants*, M.J. Cohen ECPA, 2001) permet d'étudier trois domaines du fonctionnement de la mémoire et des apprentissages, selon deux modalités (visuelle et verbale). Il permet de comparer les performances en mémoire immédiate *versus* mémoire différée, et en reconnaissances *versus* rappel. Cependant, l'absence de parallélisme dans la conception des échelles visuelle et auditive ne permet pas de confronter valablement les résultats dans ces deux modalités.

Traitements visuo-spatiaux

Figures complexes de Rey, A et B

Le test de la figure de Rey (FCR, P. Vallon, C. Mesmin, ECPA, 2009, *Figure FCR-B de 3 ans à 6 ans, Figure FCR-A à partir de 6 ans*) est un test de copie, puis de reproduction de mémoire d'une figure géométrique complexe.

Ce test fait appel à l'intelligence générale du sujet (organisation et stratégie de construction), à ses aptitudes à la structuration perceptive et spatiale, à sa graphomotricité ainsi qu'à l'attention, aux capacités de planification et à la rétention mnésique. C'est donc une épreuve multifactorielle qui ne peut être interprétée que confrontée à beaucoup d'autres.

Le différentiel éventuel entre performance en copie et en mémoire est très significatif, tant dans les cas de déficit mnésique (copie > mémoire) que dans les cas de troubles visuo-spatiaux (mémoire > copie). Cela suppose une cotation de qualité dans les deux modalités (copie et mémoire), de préférence effectuée par le même examinateur.

RTD

Ce test (*Test des relations typologiques et directionnelles*, P. Lacert 1^{re} édition, ECPA, 1985) étudie la perception des rapports topologiques et directionnels, en analysant la position d'un élément par rapport à un cadre déterminé. L'intérêt est qu'il s'agit d'une évaluation purement visuelle (de l'orientation de lignes, de la topologie de points), sans que l'enfant n'ait à faire ou à dessiner quelque chose (pas de sollicitation motrice ni praxique).

DTVP-2

Ce test (*Developmental Test of Visual Perception*, Donald D. Hammill, Nils A. Pearson, Judith K. Voress, Pro-ed, 2^e édition, ECPA, 1993) est la nouvelle version du Frostig (ECPA) dont il reprend les items en y ajoutant de nouvelles épreuves originales comme « Closure visuelle » (complétion de dessins géométriques parcellaires, et appariement à un modèle).

Très complet sur le plan de l'exploration visuo-practo-spatiale, il propose à la fois des exercices de coordination visuomotrice et de rapidité, des épreuves gnosiques visuelles (discrimination fond-forme, closure visuelle) et explore les relations et orientations spatiales sur des supports de figures abstraites.

Graphisme

« Les lenteurs de l'écriture »

Ce bilan (M.M. Marquet-Guillois, A. Lespargot et D. Truscelli, 1981 ; réévalué par A. Alexandre, *Ergothérapie*, 27, 2007, p. 13–22) permet de mesurer la vitesse d'écriture d'un enfant du CE1 jusqu'à la classe de seconde, en situation de dictée, de copie et de répétition. Son réévaluation, récent, le rend très précieux.

BHK

Ce test (*Échelle d'évaluation rapide de l'écriture chez l'enfant*, J.M. Albaret, M. Charles, R. Soppelsa, ECPA, 2004) permet de repérer rapidement (5 minutes) une dysgraphie en situation de copie. Sont cotées : la qualité du graphisme et sa vitesse. La durée permet assez souvent de constater une dégradation avec le temps et la fatigue.

« Je respire le doux parfum des fleurs⁴⁵ »

Il s'agit d'écrire (sur un format demi-A4) la phrase « Je respire le doux parfum des fleurs » en 1 minute, d'une part à vitesse « normale », d'autre part en vitesse « accélérée » (à partir du CE1).

Le différentiel entre les deux conditions de passation est un bon reflet du degré d'automatisation du graphisme manuel auquel l'enfant peut parvenir.

⁴⁵ J. de Ajuriaguerra, M. Auzias, A. Denver, *L'Écriture de l'enfant*, tome 1, *L'Évolution de l'écriture et ses difficultés*, Paris, Delachaux et Niestlé, 1979.

VMI

Ce test de copie de figures (*Beery-Buktenica Developmental Test of Visual-Motor Integration*, 6^e édition, 2010) permet d'estimer la qualité graphique mais aussi l'implication d'éventuels troubles visuo-spatiaux dans le graphisme.

Il donne un âge graphique dont les normes internationales sont validées.

Gnosies visuelles

Images « Ducarne⁴⁶ »

Il s'agit de la reconnaissance d'images naturelles (un peu vieillottes !) mais dont l'identification (par dénomination) a été préétalonnée chez des enfants de 3 à 8 ans. En complément, on peut utiliser :

- le test « Reconnaissance de formes » du KABC* (closure visuelle), en le confrontant à l'épreuve de closure visuelle du DTVP 2* ;
- les tests des dessins enchevêtrés et de constance de forme du DTVP 2*, qui renseignent sur les traitements neurovisuels élémentaires.

⁴⁶ • H. Dalens, M. Solé, M. Nayrial, K. Villedieu, L.M. Coulangeon, « La reconnaissance visuelle d'images chez l'enfant normal de 3 à 8 ans (100 cas) », *Revue de neuropsychologie*, 13 (4), 2004, p. 411–425.

• B. Ducarne de Ribaucourt, M. Barbeau, *Neuropsychologie visuelle : évaluation et rééducation*, Bruxelles, De Boeck Université, 1993.